

KESAN PENDEKATAN KOGNITIF TINGKAH LAKU DALAM
KAUNSELING KELOMPOK TERHADAP KEBIMBANGAN SOSIAL
DAN PERHATIAN FOKUS KENDIRI REMAJA

MAHZAM BT MOHD SAAD

FAKULTI PENDIDIKAN
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR

2013

KESAN PENDEKATAN KOGNITIF TINGKAH LAKU DALAM
KAUNSELING KELOMPOK TERHADAP KEBIMBANGAN
SOSIAL DAN PERHATIAN FOKUS KENDIRI REMAJA

MAHZAM BT MOHD SAAD

TESIS YANG DIKEMUKAKAN UNTUK MEMPEROLEHI
IJAZAH DOKTOR FALSAFAH

FAKULTI PENDIDIKAN
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR

2013

UNIVERSITI MALAYA
PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN

Nama: MAHZAM BT MOHD SAAD @ MAT SAUD (No. K.P/Pasport: 630609-03-5964)

No. Pendaftaran/Matrik: PHA060047

Nama Ijazah: DOKTOR FALSAFAH

Tajuk Kertas Projek/Laporan Penyelidikan/Disertasi/Tesis ("Hasil Kerja ini"):

KESAN PENDEKATAN KOGNITIF TINGKAH LAKU DALAM KAUNSELING KELOMPOK
TERHADAP KEBIMBANGAN SOSIAL DAN PERHATIAN FOKUS KENDIRI REMAJA

Bidang Penyelidikan: BIMBINGAN DAN KAUNSELING

Saya dengan sesungguhnya dan sebenarnya mengaku bahawa:

- (1) Saya adalah satu-satunya pengarang/penulis Hasil Kerja ini;
- (2) Hasil Kerja ini adalah asli;
- (3) Apa-apa penggunaan mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dilakukan secara urusan yang wajar dan bagi maksud yang dibenarkan dan apa-apa petikan, ekstrak, rujukan atau pengeluaran semula daripada atau kepada mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dinyatakan dengan se jelasnya dan secukupnya dan satu pengiktirafan tajuk hasil kerja tersebut dan pengarang/penulisnya telah dilakukan di dalam Hasil Kerja ini;
- (4) Saya tidak mempunyai apa-apa pengetahuan sebenar atau patut semunasabahnya tahubahawa penghasilan Hasil Kerja ini melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain;
- (5) Saya dengan ini menyerahkan kesemua dan tiap-tiap hak yang terkandung di dalam hakcipta Hasil Kerja ini kepada Universiti Malaya ("UM") yang seterusnya mula dari sekarang adalah tuan punya kepada hakcipta di dalam Hasil Kerja ini dan apa-apa pengeluaran semula atau penggunaan dalam apa jua bentuk atau dengan apa juga cara sekalipun adalah dilarang tanpa terlebih dahulu mendapat kebenaran bertulis dari UM;
- (6) Saya sedar sepenuhnya sekiranya dalam masa penghasilan Hasil Kerja ini saya telah melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain sama ada dengan niat atau sebaliknya, saya boleh dikenakan tindakan undang-undang atau apa-apa tindakan lain sebagaimana yang diputuskan oleh UM.

Tandatangan Calon:

Tarikh

Diperbuat dan sesungguhnya diakui di hadapan,

Tandatangan Saksi :

Tarikh

Nama:

Jawatan:

KESAN PENDEKATAN KOGNITIF TINGKAH LAKU DALAM KAUNSELING KELOMPOK TERHADAP KEBIMBANGAN SOSIAL DAN PERHATIAN FOKUS KENDIRI REMAJA.

ABSTRAK

Kajian ini bertujuan untuk melihat kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok (PKTKK) terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri remaja. Kajian ini juga bertujuan untuk melihat kesan interaksi antara PKTKK dengan jantina terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Selain itu, kajian ini adalah bertujuan untuk mengenalpasti situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan sosial remaja serta simptom kebimbangan sosial.

Kajian ini dijalankan secara eksperimen menggunakan reka bentuk faktorial 2x2 ujian pra dan ujian pos bagi kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Sampel kajian terdiri daripada 72 orang (36 lelaki dan 36 perempuan) pelajar tingkatan enam rendah yang dipilih secara rawak di sebuah sekolah di Terengganu. Dua instrumen digunakan dalam kajian ini iaitu Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) bagi mengukur kebimbangan sosial dan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) bagi mengukur perhatian fokus sendiri. Kumpulan (rawatan dan kawalan) dan jantina merupakan dua pemboleh ubah tidak bersandar manakala dua pemboleh ubah bersandar adalah kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Data kuantitatif dikumpul menggunakan kaedah laporan sendiri kertas-pensil manakala data kualitatif dikumpul menggunakan kaedah temubual. Analisis Statistik deskriptif seperti min, peratusan dan sisihan piawai serta statistik inferensi seperti MANOVA, MANCOVA dan korelasi Pearson digunakan bagi menganalisis data kajian. Analisis temubual adalah sebagai triangulasi data kuantitatif

Hasil kajian mendapati: 1). Terdapat perbezaan yang signifikan antara min ujian pos kumpulan kawalan berbanding dengan min ujian pos kumpulan rawatan bagi pemboleh ubah kebimbangan sosial remaja dengan nilai $[F(1,68)=467.84, p<.05]$ dan pemboleh ubah perhatian fokus sendiri pada nilai $[F(1,68)=420.64, p<.05]$; 2). Tidak terdapat kesan interaksi yang signifikan antara rawatan dengan jantina terhadap pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial remaja (SKSR) dengan nilai $[F(1,66)=5.04, p>.05]$ dan perhatian fokus sendiri pada nilai $[F(1,66)=.15, p>.05]$ dan 3). Situasi yang paling kerap mendatangkan kebimbangan adalah seperti diperhati oleh orang lain dan berucap di khalayak ramai, manakala simptom kebimbangan yang kerap dialami remaja adalah jantung berdenyut pantas, sukar memberi perhatian dan fikiran terasa kosong. Implikasi kajian dari aspek teori, keilmuan dan pengukuran kebimbangan sosial dibincangkan. Kajian ini tidak mengambil kira faktor penyumbang kepada kebimbangan sosial dan implikasi terhadap kefungsi seseorang. Oleh itu, kajian lanjut tentang perkara ini diperlukan.

THE EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOURAL APPROACH IN GROUP COUNSELLING TOWARDS SOCIAL ANXIETY AND SELF FOCUS ATTENTION AMONG ADOLESCENTS.

ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate the effects of using Cognitive Behavioural Approach in Group Counselling towards social anxiety and self focus attention among adolescents. Besides the above, this research is also aimed to observe the interaction effect of Cognitive Behavioural Approach in Group Counseling and gender towards social anxiety and self-focused attention. The final purpose of this research is to identify the social situations that contribute to social anxiety and its symptoms.

This research adopts an experimental study using pre-test and post-test factorial 2x2 for treatment and control group. The research sample involved 72 Lower Six students (36 males and 36 females), selected using random sampling from a school in Terengganu. Two instruments were used for this study – Social Anxiety Scale for Adolescents and Self-Awareness Scale to measure self-focused attention. Two independent variables in this research are the Cognitive Behavioural Approach in Group Counselling and gender, while the dependent variables that are explored are social anxiety and self-focused attention of the adolescents. The quantitative data were gathered via paper-pencil self-consciousness report while interviews were carried out for the qualitative data. Descriptive statistical analysis such as the means, percentages and standard deviations as well as inferential statistical MANOVA, MANCOVA and Pearson Correlation were employed to analyze the data. Interview analysis was utilized as quantitative triangulation.

The findings of this research indicated that: 1) there was a significant difference between the mean of the post test for the controlled group compared with the mean of the treatment group for the dependent variable of social anxiety among adolescents [$F(1,68)=467.84$, $p<.05$] and for the self-focused attention, the mean difference was [$F(1,68)=420.64$, $p<.05$]; 2) there was no significant interaction effects between treatment and gender on the dependent variable, the social anxiety of adolescents with the value of [$F(1,66)=5.04$, $p>.05$] and [$F(1,66)=.15$, $p>.05$] for self-focused attention; and 3) the situation that often caused anxiety was being observed and judged by others and speaking in front of others. The anxiety symptoms that were often faced by the adolescents were increase in heartbeat, lack of focus and the inability to pay attention and think straight. Research implication from the theoretical, knowledge and measurement of social anxiety measurement are discussed. This research does not take into account the contributing factors for social anxiety and its implication for the functionality of a person. Thus, it warrants further study.

PENGHARGAAN

Syukur kepada Allah SWT kerana dengan rahmat dan kasih sayangNYA saya dapat menyiapkan tesis PhD ini. Tanpa rahmat dan pertolongan Allah SWT tidak mungkin bagi saya menghasikan penulisan tesis ini dengan jayanya.

Terlalu ramai individu yang ingin saya rakam rasa terima kasih dan penghargaan dalam membantu saya menyiapkan tesis PhD. Pertama sekali terhadap ibu saya yang tidak putus-putus mendoakan kejayaan saya.

Terima kasih juga buat suami dan anak-anak yang tidak pernah jemu memberikan sokongan dan sentiasa sabar sepanjang saya menjalani kehidupan sebagai pelajar. Tanpa kesabaran, pengorbanan dan kasih sayang mereka semua tidak mungkin saya memperolehi kekuatan untuk mencapai kejayaan ini.

Terima kasih yang tidak terhingga juga buat penyelia saya arwah Professor Dr Suradi Salim di atas segala bimbingan dan tunjuk ajar yang telah diberikan kepada saya. Budi dan jasa beliau akan saya kenang selamanya. Semoga beliau di tempatkan dalam kalangan orang yang beriman.

Terima kasih juga buat Dekan Fakulti Pendidikan Profesor Dr Saedah Siraj yang banyak membantu dalam proses penghantaran tesis saya. Juga tidak lupa kepada Ketua Jabatan Fakulti Pendidikan Dr. Zahari Ishak sebagai penyelia saya yang baharu atas bimbingan dan tunjuk ajar, semua staf dan kakitangan di Fakulti pendidikan terutama saudara Habibunissa yang sering membantu dalam sebarang urusan saya. Mudah-mudahan budi baik dan jasa semua diberi balasan yang sewajarnya.

Terima kasih yang tidak terhingga juga buat semua panel yang terlibat dalam menilai modul dan instrumen dalam penyelidikan ini terutama sekali Profesor Emeritus Datuk Dr Abdul Halim dan rakan-rakan pensyarah. Tidak dilupakan buat mereka yang terlibat dalam pelaksanaan penyelidikan terutama rakan-rakan pensyarah di Universiti Malaysia Terengganu, di UIAM, UKM, IPBMM, IPKPT dan kaunselor sekolah yang terlibat.

Wassalam

KANDUNGAN

HALAMAN

Pengakuan	ii
Abstrak	iii
Abstract	iv
Penghargaan	v
Kandungan	vi
Senarai Jadual	xii
Senarai Rajah	xv

BAB 1 PENGENALAN

1.1	Pendahuluan	1
1.2	Latar belakang kajian	2
1.3	Pernyataan masalah	9
1.4	Objektif Kajian	11
1.5	Soalan kajian	11
1.6	Hipotesis kajian	14
	Kesan Pendekatan Kognitif Tingkahlaku dalam Kaunseling Kelompok terhadap kebimbangan sosial remaja Kesan interaksi pemboleh ubah bebas terhadap pembolehubah terikat	
1.7	Rasional Kajian	17
1.8	Definisi Konsep dan Operasional	20
	1.8.1 Kesan	21
	1.8.2 Kebimbangan Sosial	21
	1.8.3 Pendekatan Kognitif Tingkah laku Dalam Kaunseling Kelompok	23
	1.8.4 Perhatian Fokus Kendiri	24
	1.8.5 Remaja	25
1.9	Kesignifikan Kajian	25
1.10	Rumusan	28

BAB II PENDEKATAN TEORI

2.1	Pendahuluan	29
2.2	Kebimbangan sosial dari perspektif Interpersonal	29
2.3	Kebimbangan sosial dari perspektif Kognitif Tingkah laku	31
2.4	Kerangka konseptual kajian	41
2.5	Pendekatan Kognitif Tingkah laku	42
2.5.1	<i>Exposure</i> (Pendedahan)	61
2.5.2	Psikopendidikan (<i>psychoeducation</i>)	62
2.5.3	Penstrukturan semula kognitif	64
2.5.4	Latihan relaks	65
2.6	Rumusan.	66

BAB III TINJAUAN LITERATUR

3.1	Pendahuluan	67
3.2	Latar belakang kajian keseimbangan sosial	68
3.3	Kebimbangan sosial dalam kalangan remaja	78
3.4	Kesan-kesan negatif keseimbangan sosial	81
3.5	Peranan Perhatian fokus sendiri dan takut kepada penilaian negatif dalam pengekalan keseimbangan sosial	90
3.6	Kajian penggunaan teknik-teknik rawatan tingkah laku kognitif	97
3.7	Faktor-faktor terapeutic dan kelebihan kaunseling kelompok	100
3.8	Keberkesanan terapi kognitif tingkah laku dalam mengurangi keseimbangan sosial	104
3.9	Keberkesanan terapi Kognitif Tingkah laku dalam merawat pelbagai jenis keseimbangan dan masalah tingkah laku lain	119
3.10	Rumusan	123

BAB IV METODOLOGI KAJIAN

4.1	Pendahuluan	125
4.2	Reka bentuk kajian	126
4.3	Lokasi kajian	129
4.4	Pemilihan subjek kajian	129
4.5	Prosedur kajian	134
4.6	Kerangka kerja kajian	136
4.7	Prosedur rawatan kaunseling bagi kelompok rawatan	138
4.8	Kelompok kawalan	143
4.9	Kaedah pengumpulan data	143
4.10	Instrumen kajian	145
4.10.1	Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)	145
4.10.2	Skala Kesedaran Kendiri	147
4.11	Kajian Rintis	149
4.12	Kesahan dan kebolehpercayaan instrumen kajian	149
4.12.1	Kebolehpercayaan dan Kesahan konstruk SKSR dan SKK	154
4.12.2	Kebolehpercayaan SKSR dan SKK	155
4.13	Analisis item	157
4.14	Analisis faktor Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)	160
4.15	Kaedah penganalisan data	163
4.15.1	Analisis deskriptif	163
4.15.2	Analisis inferensi	163
4.16	Kaedah pengumpulan data kualitatif	165
4.17	Analisis data kualitatif	167
4.18	Kawalan terhadap ancaman luaran dalam kajian eksperimen	168
4.19	Rumusan	173

BAB V KEPUTUSAN KAJIAN

5.1	Pendahuluan	174
5.2	Analisis deskriptif subjek kajian	175
5.3	Syarat ujian <i>Multivariate</i>	177
5.3.1	Normaliti dan homogeniti data	178
5.3.2	Persamaan Dalam Matriks Varian kovarian	179
5.3.3	Lineariti antara pemboleh ubah bersandar	180

5.4	Analisis Data ujian pra	182
5.4.1	Perbezaan min skor SKSR dan SKK mengikut kumpulan	182
5.4.2	Perbezaan min skor SKSR dan SKK mengikut jantina.	184
5.4.3	Perbezaan min skor subskala SKSR dan SKK mengikut kumpulan	186
5.4.4	Perbezaan min skor Subskala SKSR dan SKK mengikut jantina	191
5.5	Dapatan Kajian kuantitatif	195
5.5.1	Kesan Pendekatan kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap kebimbangan sosial remaja berbanding dengan kelompok kawalan	195
5.5.2	Kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap subskala pembolehubah bersandar	199
5.5.3	Kesan interaksi antara kelompok rawatan dan jantina terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri	207
5.5.4	Apakah situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan remaja?	210
5.5.5	Apakah simptom kebimbangan yang dialami remaja?	212
5.6	Rumusan keputusan analisis deskriptif perubahan skor ujian pra dan skor ujian pos	214
5.7	Rumusan keputusan analisis kuantitatif	214
5.8	Keputusan Analisis temubual (kualitatif)	215
5.8.1	Latar belakang subjek kajian	216
5.8.2	Simptom yang dialami subjek	216
5.8.3	Situasi yang cuba dielak subjek	217
5.8.4	Kesilapan dalam berfikir atau pemikiran yang tidak adaptif	218
5.8.5	Kesan kebimbangan sosial	220
5.8.6	Kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok	221
5.9	Rumusan Keputusan Analisis Kualitatif	229
5.10	Rumusan Keseluruhan	230

BAB VI PERBINCANGAN DAN RUMUSAN

6.1	Pendahuluan	232
6.2	Perbincangan dapatan kajian	234
6.3	Kesan KKPKT ke atas pembolehubah bersandar	235
6.3.1	Kesan KKPKT terhadap kebimbangan sosial	235
6.3.2	Kesan KKPKT terhadap subskala kebimbangan sosial	238
6.3.3	Kesan KKPKT terhadap Perhatian Fokus Kendiri	239
6.3.4	Kesan KKPKT terhadap subskala perhatian fokus sendiri	241
6.4	Kesan interaksi di antara kelompok rawatan dan jantina	243

6.5	Situasi yang mendatangkan kebimbangan kepada remaja	244
6.6	Simptom kebimbangan sosial yang dialami remaja	245
6.7	Ringkasan dapatan kajian	247
6.8	Implikasi Kajian	248
6.8.1	Implikasi Kajian terhadap Bidang Kaunseling	249
6.8.2	Implikasi terhadap amalan kaunseling	250
6.8.3	Implikasi Terhadap Remaja yang Mempunyai Kebimbangan Sosial	254
6.9	Masalah dalam menjalankan kajian	254
6.10	Batasan Kajian	257
6.11	Saranan penyelidikan akan datang	258
6.12	Rumusan	259
	Rujukan	262

LAMPIRAN

A.	Soalselidik	295
B.	Protokol temubual	300
C.	Surat persetujuan ibu bapa	301
D.	Borang makluman berpengetahuan	302
E.	Perjanjian kerahsiaan kumpulan	303
F.	Modul Pendekatan Kognitif Tingkahlaku dalam Kaunseling Kelompok	304
G.	Korelasi antara SKSR dan SKK	331
H.	Kebolehpercayaan SKSR	332
I.	Faktor Analisis	333
J.	Kebenaran menjalankan kajian	
K.	Kebenaran menggunakan instrumen Self Counciessness Scale	

SENARAI JADUAL

Bil. Jadual		Muka surat
4.1	Lakaran reka bentuk kajian faktorial 2x2	127
4.2	Agihan subjek kajian mengikut kumpulan	133
4.3	Subskala Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)	146
4.4	Subskala Skala Kesedaran Kendiri	147
4.5	Interkorelasi antara subskala Skala kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)	154
4.6	Interkorelasi antara subskala Skala Kesedaran Kendiri	155
4.7	Nilai Alpha Croanbach kebolehpercayaan SKSR dan SKK	156
4.8	Kebolehpercayaan Subskala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)	157
4.9	Kebolehpercayaan Subskala Kesedaran Kendiri(SKK)	157
4.10	Kebolehpercayaan alat ukur SKSR dan subskala SKSR	158
4.11	Keputusan analisis item SKSR	159
4.12	<i>Rotated component matrix, communalities, Eigenvalues dan Total variance explained bagi SKSR.</i>	161
5.1	Kekerapan dan peratusan subjek kajian (N=72)	176
5.2	Latar belakang subjek kajian	177
5.3	Min, sisihan piawai, skewnes, dan kourtosis pembolehubah bersandar kajian ujian pra dan ujian pos mengikut kumpulan	178
5.4	Ujian Kesamaan Matrik covariance Box's M (<i>Box's Test of Equality of Covariance Matrices</i>) bagi kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan pada pra ujian	179
5.5	Nilai ujian Levene (<i>Levene's of equality of error variances</i>) pembolehubah bersandar pada ujian pra	180
5.6	Min dan sisihan piawai pembolehubah bersandar SKSR dan SKK pada ujian pra mengikut kumpulan	183

5.7	Ujian <i>MANOVA</i> perbandingan min skor ujian pra pembolehubah SKSR dan SKK berdasarkan kumpulan (N=72)	184
5.8	Min dan sisihan piawai pembolehubah SKSR dan SKK lelaki dan perempuan pada ujian pra	185
5.9	Ujian <i>MANOVA</i> perbandingan min skor pembolehubah SKSR dan SKK pada praujian berdasarkan Jantina (N=72)	186
5.10	Min dan sisihan piawai subskala pembolehubah SKSR dan SKK kumpulan kawalan dan rawatan pada ujian pra	187
5.11	Ujian <i>MANOVA</i> perbandingan min skor subskala pembolehubah SKSR dan SKK pada praujian berdasarkan kumpulan (N=72)	190
5.12	Min dan sisihan piawai subskala pembolehubah bersandar SKSR dan SKK lelaki dan perempuan pada ujian pra	191
5.13	Ujian <i>MANOVA</i> perbandingan min skor subskala pembolehubah bersandar pada praujian berdasarkan jantina (N=72)	194
5.14	Min Skor pembolehubah bersandar SKSR dan SKK pada ujian pra dan ujian pos bagi kumpulan kawalan dan kumpulan rawatan	197
5.15	Analisis <i>MANCOVA</i> (dengan ujian pra sebagai covariate) perbandingan kesan PKTKK terhadap pembolehubah bersandar praujian dan ujian pos kelompok kawalan dan kelompok rawatan	198
5.16	Min dan sisihan piawai subskala pembolehubah bersandar pada ujian pra dan ujian pos.	202
5.17	Analisis <i>MANCOVA</i> kesan PKTKK terhadap min subkonstruk pembolehubah bersandar SKSR mengikut kumpulan	205
5.18	Analisis <i>MANCOVA</i> kesan PKTKK terhadap min subkonstruk pembolehubah bersandar SKSR mengikut kumpulan	206
5.19	Analisis <i>MANCOVA</i> kesan interaksi PKTKK dan jantina terhadap pembolehubah bersandar pada ujian pos	209
5.20	Kekerapan situasi yang mendatangkan kebimbangan sosial	211
5.21	Kekerapan simptom kebimbangan sosial pada ujian rawatan pra dan rawatan pos	213

SENARAI RAJAH

Bil Rajah		Muka surat
Rajah 2.1	Model Kognitif-Tingkah laku masalah Kebimbangan Sosial Rapee dan Heimberg (1997)	36
Rajah 2.2	Kerangka teoritikal kajian yang diubahsuai daripada model masalah kebimbangan sosial Rapee dan Heimberg (1997)	40
Rajah 2.3	Kerangka konseptual kajian	42
Rajah 2.4	Model Kognitif Tingkah laku pengekalan kebimbangan dan cara untuk merawatnya	55
Rajah 4.1	Carta Alir Pemilihan dan Pengagihan Sampel Kajian	131
Rajah 4.2	Kerangka kerja konseptual kajian.	137
Rajah 5.1	<i>Scatter plot</i> bagi melihat perhubungan <i>linear</i> diantara SKSR praujian dan SKK praujian	181

BAB 1

Pengenalan

1.1 Pendahuluan

Remaja merupakan sumber manusia yang sangat berharga kepada negara. Sumber manusia yang berkualiti menjamin kelestarian dan pembangunan negara. Kualiti sumber manusia bergantung kepada kesejahteraan mental dan psikologi mereka. Mengikut Rancangan Malaysia ke-10 dasar kerajaan berkaitan dengan pembinaan modal insan memberikan fokus kepada usaha mewujudkan dan meningkatkan kemahiran serta kompetensi sumber manusia negara (Malaysia, 2010, ms. 56). Menyedari hakikat bahawa remaja juga merupakan sebahagian daripada sumber manusia dan aset penting negara, kesejahteraan mental dan psikologi mereka seharusnya dipupuk supaya mereka dapat menjadi warganegara yang berguna dan menyumbang kepada pembangunan negara. Penyuburan kesihatan mental dan psikologi dalam kalangan remaja sekolah membantu peningkatan kualiti pembentukan modal insan.

Kesejahteraan mental dan psikologi dalam kalangan remaja dapat dilihat daripada keupayaan mereka menangani pelbagai cabaran dalam kehidupan, membina hubungan baik dengan orang lain dan mempunyai sikap yang positif terhadap diri sendiri. Kesejahteraan psikologi terutama dari segi emosi dapat meningkatkan kualiti kehidupan remaja, mendatangkan kegembiraan dan kepuasan dalam kehidupan mereka. Perkara ini selaras

dengan matlamat pendidikan dan Falsafah Pendidikan Kebangsaan yang bertujuan untuk melahirkan insan yang seimbang dari segi jasmani, emosi, rohani, dan intelek.

Perkembangan dunia pendidikan disertai dengan arus globalisasi mendedahkan remaja kepada pelbagai perkara yang dapat memberi kesan negatif terhadap kesejahteraan mental dan psikologi mereka. Tuntutan ibu bapa, masyarakat, dan sekolah serta diri sendiri memerlukan remaja membuat penyesuaian dalam memenuhi tuntutan tersebut. Keadaan ini sudah tentu memerlukan remaja mempunyai jiwa yang kental dan semangat yang waja. Kegagalan mereka memenuhi pelbagai tuntutan menyebabkan kesejahteraan psikologi dan emosi remaja terganggu. Satu daripada gangguan emosi yang sering dialami remaja ialah kebimbangan sosial. Kebimbangan sosial akan menjadi parah sekiranya tidak ditangani dan memberikan pelbagai kesan negatif kepada remaja. Kajian ini bertujuan untuk melihat sejauh mana rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok dapat mengurangi kebimbangan sosial remaja.

Dalam bab ini pengkaji menerangkan tentang latar belakang kajian, pernyataan masalah, objektif kajian, persoalan kajian, kerangka teoretikal kajian, kerangka konseptual kajian, definisi operasional, dan kepentingan kajian serta rumusan.

1.2 Latar Belakang Kajian

Kebimbangan sosial merupakan ketakutan kepada penilaian negatif atau diperhatikan oleh orang lain dalam sesuatu situasi sosial (Albano & Detweiller, 2001) tambahan lagi dalam sesuatu situasi sosial yang baharu. Kebimbangan sosial merupakan tindak balas kepada reputasi dan status sosial (Nesse, 1998). Semua masyarakat mempunyai tanda aras

tertentu kepada status sosial. Interaksi sosial mempunyai batas-batas tertentu yang tidak ditulis tetapi merupakan suatu peraturan yang diketahui dan dipersetujui umum seperti etika dan adab. Kegagalan untuk mematuhi peraturan-peraturan tersebut mengakibatkan rasa malu, bersalah atau rasa tersisih. Oleh sebab takut dimalukan dan dilihat oleh orang lain dalam sesuatu situasi sosial, individu yang mempunyai kebimbangan sosial cuba mengelak situasi tersebut.

Mempunyai perasaan takut dan bimbang ialah sesuatu yang biasa bagi kanak-kanak dan remaja (Muris, Merckelbach, Schmidh, Gadet, & Bogie, 2001). Satu daripada kebimbangan yang sering dialami remaja ialah kebimbangan sosial. Kebimbangan sosial ialah suatu masalah psikologi yang kini tersebar secara meluas dalam kalangan remaja (Lipsitz & Scheier, 2000). Kebimbangan sosial perlu diberikan perhatian supaya tidak menjadi serius. Banyak kajian di Barat telah menyelidik impak negatif kebimbangan sosial yang serius. Bagaimanapun, di Malaysia masalah kebimbangan sosial tidak begitu diberikan perhatian, malah kajian tentang perkara ini juga amat terhad. Mungkin banyak yang menganggap mempunyai perasaan bimbang dalam situasi sosial ialah perkara biasa lebih-lebih lagi dalam masyarakat kita yang menganggap rasa bimbang tersebut sebagai sifat malu yang menunjukkan kesopanan.

Walaupun di Malaysia kajian berhubung dengan kebimbangan sosial amat terhad, namun kajian di Barat menunjukkan seramai 35 juta orang, iaitu 13.3 peratus daripada populasi keseluruhan Amerika Syarikat menderita akibat kebimbangan sosial yang serius. Fenomena ini menjadikan masalah psikologi ini ketiga paling tersebar selepas penyalahgunaan bahan kimia dan depresi (Kraus, 2006). Dapatan daripada kajian di Barat menunjukkan kebimbangan sosial jika tidak ditangani akan memberikan kesan negatif

kepada seseorang sepanjang kehidupannya. Kebimbangan sosial juga dikaitkan dengan pelbagai masalah jangka panjang seperti kegagalan menamatkan pengajian di sekolah menengah dan universiti sehingga menjejaskan peluang pekerjaan dan kualiti hidup seseorang (Velting & Albano, 2001). Selain itu kebimbangan sosial juga mempunyai kaitan dengan pelbagai masalah kesihatan yang kronik dan ketidakupayaan sosial termasuk penyalahgunaan bahan kimia, depresi, cubaan bunuh diri, dan perhubungan sosial yang lemah (Muris et al., 2001).

Kajian juga menunjukkan kebimbangan sosial yang serius merupakan satu daripada masalah kebimbangan yang paling biasa berlaku dengan kadar kekerapan di sepanjang kehidupan antara 10 peratus hingga 15 peratus (Ballenger et al., 1998). Keadaan ini juga penting, terutamanya semasa remaja. Kelazimannya, dalam kalangan remaja dan awal dewasa kebimbangan sosial berlaku semasa tempoh perkembangan dianggarkan antara 5 peratus bagi lelaki dan 10 peratus bagi perempuan berdasarkan sampel remaja dan awal dewasa yang berumur antara 14 hingga 24 tahun (Wittchen, Stein, & Kessler, 1999). Senario ini menggambarkan bahawa kebimbangan sosial memberikan kesan kepada sejumlah populasi yang agak signifikan. Kebimbangan sosial perlu diberikan perhatian, terutama semasa remaja supaya perkara ini tidak menjadi serius memandangkan banyak kesan negatif yang dikaitkan dengan masalah ini.

Remaja di Malaysia juga didapati mengalami kebimbangan. Ini telah dibuktikan berdasarkan beberapa kajian. Misalnya, kajian yang dijalankan oleh Sumarni (2000) mendapati murid-murid sekolah menengah mempunyai kebimbangan pada tahap yang sederhana. Kajian Fariza (2005) ke atas 403 remaja di Kajang Selangor pula mendapati 21.6 peratus remaja mengalami kebimbangan yang keterlaluan, 21.8 peratus mudah panik, 22.3

peratus takut gagal dan 21.3 peratus berasa kecewa dan gelisah. Kajian oleh Wan Ghazali (2000) pula mendapati remaja sekolah mengalami gangguan emosi iaitu emosi yang berkaitan dengan kebimbangan, tekanan, takut, marah, dan rasa sedih.

Hasil daripada tinjauan kajian juga menunjukkan wujudnya perkaitan antara kebimbangan sosial dengan pelbagai masalah tingkah laku dalam kalangan remaja. Kajian Wan Ghazali (2000) menunjukkan terdapatnya hubung kait yang positif antara gangguan emosi remaja dengan kenakalan remaja. Antara masalah tingkah laku yang dikaitkan dengan kebimbangan sosial termasuklah penyalahgunaan dadah (Lewis & O'Neil, 2000; McKeon, 2005), pengasingan sosial (Albano & Detweiller, 2001) serta cubaan bunuh diri (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005). Terdapat juga remaja yang cuba mengelakkan diri daripada situasi sosial dengan melakukan tindakan seperti membunuh diri. Di samping itu, kajian juga menunjukkan terdapat hubung kait antara kebimbangan sosial yang serius dengan pelbagai masalah lain seperti depresi atau kemurungan (Velting & Albano, 2001). Kebimbangan sosial juga dikatakan sebagai faktor penyebab wujudnya depresi atau petanda awal depresi yang serius semasa remaja. Selain itu, kebimbangan sosial yang dialami remaja mempunyai hubungan dengan masalah jangka panjang dari segi pendidikan, pekerjaan, perhubungan sosial, dan ketidakfungsian semasa dewasa (Velting & Albano, 2001).

Di Malaysia, masalah tingkah laku yang berkaitan dengan kebimbangan sosial seperti pengasingan sosial, masalah penyalahgunaan dadah, ponteng sekolah, pencapaian akademik yang rendah, dan sebagainya sering menjadi isu yang menjadi perhatian semua pihak. Menurut Agensi Dadah Kebangsaan 2003 sejumlah 2,119 orang remaja yang berumur antara 16 hingga 19 tahun terlibat dalam masalah penyalahgunaan dadah. Sepanjang tempoh tahun 2000 hingga tahun 2008 bilangan penagih dadah paling tinggi dikesan termasuklah golongan

remaja dalam lingkungan umur 18 hingga 24 tahun. Dalam tempoh ini jumlah tertinggi penagihan ialah pada tahun 2004, dengan sejumlah 1066 (2.8%) menggunakan dadah kerana tekanan jiwa (Agensi Antidadah Kebangsaan, 2010). Selain itu, laporan Jabatan Kebajikan Masyarakat pada tahun 2007 pula menunjukkan pelbagai kes salah laku seperti ponteng sekolah, penagihan dadah, judi dan sebagainya yang melibatkan remaja termasuklah remaja yang berumur antara 13 hingga 15 tahun (sejumlah 1213 kes), remaja berumur antara 16 hingga 17 tahun (sejumlah 3219 kes), dan remaja yang berumur antara 18 hingga 21 tahun (sejumlah 2261 kes) .

Masalah lain yang dikaitkan dengan kesan lanjut kebimbangan sosial juga banyak dikaji. Kajian yang dijalankan oleh See dan Lee (2005) ke atas 182 orang murid tingkatan tiga mendapati 43.41 peratus daripada mereka mengalami kemurungan klinikal atau kemurungan kronik. Kajian See dan Tan (2005) ke atas murid-murid tingkatan enam pula mendapati 76.7 peratus daripada mereka mengalami tahap kemurungan sederhana hingga tahap kemurungan serius. Malah mengikut Oliver (dalam See & Tan, 2005), 17 peratus hingga 23 peratus murid sekolah akan mengalami kemurungan pada bila-bila masa memandangkan alam remaja merupakan alam yang penuh dengan gelora. Selain itu, Kajian Kesihatan dan Komorbiditi Kebangsaan (1996) pula menunjukkan kadar kemurungan ialah 11 peratus dan kejadian bunuh diri yang tinggi, iaitu dengan purata tujuh orang sehari. Fenomena seperti ini tidak boleh dipandang remeh. Sesuatu langkah proaktif seperti melaksanakan aktiviti pencegahan perlu diambil untuk menangani permasalahan ini daripada menjadi lebih parah.

Sebahagian besar daripada remaja yang mengalami kebimbangan sosial tidak diketahui oleh ibu bapa dan pihak profesional termasuk kakitangan sekolah (Kashdan & Herbert, 2001). Remaja yang mempunyai kebimbangan sosial amat risau akan persepsi orang

lain terhadap diri mereka, terutama penilaian negatif. Mereka kurang melibatkan diri dalam aktiviti sosial. Oleh itu, mereka seolah-olah terpinggir dan terbiar di bilik darjah dan tidak diberikan perhatian oleh kakitangan sekolah sehinggalah masalah ini sampai ke tahap murid ponteng sekolah (Biedel & Morris, 1995). Masalah ini semakin serius apabila kebanyakan kaunselor sekolah dan guru-guru kurang memahami masalah ini. Begitu juga dengan pihak ibu bapa. Oleh sebab berasa risau akan persepsi orang lain dan anggapan bahawa kebimbangan sosial ialah sesuatu yang biasa, kebanyakan ibu bapa melihat tingkah laku tersebut sebagai sifat malu dan tidak menyedari bahawa anak-anak mereka menderita akibat masalah kebimbangan yang tidak dirawat (Kashdan & Herbert, 2001).

Mengikut Scholing dan Emmelkamp (1990), zaman remaja merupakan kemuncak kepada tahap kebimbangan sosial. Pada masa ini juga individu yang mengalami kebimbangan sosial merasakan kebimbangan tersebut meningkat kepada tahap yang bermasalah. Antara punca peningkatan kebimbangan ialah kerana pada masa ini remaja terpaksa menghadapi perubahan fizikal, peranan sosial dan situasi yang baharu (Leary & Kowalski, 1995). Malah zaman remaja merupakan tempoh masa kritikal yang melibatkan pelbagai perubahan penting yang memerlukan remaja membuat penyesuaian, terutama dalam konteks sosial (Heimberg, Stein, Hiripi, & Kessler, 2000; Velting & Albano, 2001). Memandangkan kemungkinan mengalami kebimbangan sosial yang tinggi ialah besar, diagnosis dan intervensi awal untuk menangani kebimbangan sosial amat diperlukan.

Langkah yang proaktif untuk menangani masalah remaja yang mengalami kebimbangan adalah penting memandangkan masalah kebimbangan ini ketara pada peringkat umur antara 13 hingga 20 tahun (Mounttier & Stein, 1999). Tambahan lagi mengikut Ollendick dan Hirshfeld-Becker (2002) remaja yang mempunyai kebimbangan sosial kurang

berpeluang untuk mengelakkan situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan. Implikasinya, mereka didapati enggan ke sekolah, mempunyai pencapaian akademik yang rendah, dan enggan melibatkan diri dengan aktiviti sosial yang lain. Seterusnya, cubaan remaja untuk mengelakkan diri daripada situasi sosial yang menimbulkan kebimbangan sering disalah anggap sebagai seorang yang degil dan tidak mengikut arahan kerana kerap kali enggan melakukan sesuatu yang diarahkan (Kashdan & Herbert, 2001).

Memandangkan kebimbangan sosial mempunyai kaitan dengan pelbagai masalah tingkah laku, sudah tentu masalah ini memberikan kesan negatif kepada masyarakat dan negara. Lebih buruk lagi masalah ini merupakan beban sosial yang perlu ditanggung kerajaan dan remaja sekolah pula dianggap sebagai pewaris kepada pimpinan masa kini. Oleh yang demikian, usaha untuk mengesan dan merawat kebimbangan sosial dari awal, iaitu semasa remaja, sebelum kebimbangan menjadi kronik adalah amat wajar. Rawatan yang diberikan semasa tahap perkembangan ini akan mencegah kesan negatif yang lebih serius. Intervensi awal ini juga dapat mencegah masalah yang lebih serius dalam jangka panjang seperti penderaan, kesunyian, depresi, dan cubaan bunuh diri. Oleh itu, suatu cara yang sesuai perlu dikenal pasti untuk merawat kebimbangan sosial dalam kalangan remaja. Sehubungan dengan itu, kajian ini bertujuan untuk melihat sama ada rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok dapat menangani kebimbangan sosial remaja. Tindakan proaktif ini boleh dijadikan pelengkap kepada strategi yang sedia ada, terutama di sekolah bagi menangani masalah tingkah laku dan disiplin murid yang semakin berleluasa.

1.3 Penyataan Masalah

Fokus kajian ini ialah untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri dalam kalangan remaja sekolah.

Kebimbangan sosial merupakan satu daripada kebimbangan yang sering berlaku dalam kalangan remaja (Biedel & Turner dalam Albano et al., 2000) dan mempunyai kaitan dengan pelbagai masalah tingkah laku seperti penyalahgunaan dadah (Lewis & O'Neil, 2000; McKeon, 2005), pengasingan sosial (Albano & Detweiller, 2001), kemurungan (Velting & Albano, 2001) serta cubaan bunuh diri (Fehm et al., 2005). Masalah tingkah laku ini juga sering berlaku di Malaysia (Fariza, 2005; See & Lee, 2005; Sumarni, 2000; Wan Ghazali, 2000), namun kurang perhatian diberikan kepada isu yang menyebabkan bermulanya masalah tersebut. Memandangkan kebimbangan sosial mempunyai impak yang besar terhadap remaja, menangani masalah ini dari awal amatlah wajar.

Terdapat pelbagai pendekatan dalam merawat kebimbangan sosial. Banyak kajian di Barat menunjukkan rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku berupaya mengurangi kebimbangan sosial (Clark et al., 2006; Hayes, 2006; Hofman, Moscovitch, Kim, & Taylor, 2004). Walaupun kajian di Barat menunjukkan Terapi Pendekatan Kognitif Tingkah laku berkesan untuk mengurangi kebimbangan sosial, namun dalam konteks kajian di Malaysia hanya terdapat beberapa kajian yang dijalankan dengan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok. Misalnya kajian oleh Abdul Malek (2004) yang menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok untuk menangani remaja bertingkah laku langsung buli, dan juga kajian oleh Mohd Nasir (2006) untuk menangani remaja berisiko. Walau bagaimanapun kedua-dua kajian ini tidak

memberikan fokus kepada menangani kebimbangan sosial. Oleh itu kajian juga perlu dijalankan untuk menentukan sama ada Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dapat memberikan kesan terhadap kebimbangan sosial berdasarkan sampel tempatan.

Kedua, walaupun kebimbangan sosial telah diberikan perhatian dalam kajian psikologi, namun hanya beberapa kajian yang memberikan fokus kepada populasi remaja yang mengalami kebimbangan (Seeley, 2007). Sebagai contohnya, kebanyakan kajian yang dijalankan berhubung dengan masalah kebimbangan sosial lebih memfokuskan sampel golongan dewasa (Kashdan & Herbert, 2001). Selain itu, kebimbangan sosial dalam kalangan remaja sering terlepas pandang oleh pihak sekolah dan tidak dirujuk untuk rawatan (Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001). Oleh itu bukti-bukti secara empirikal diperlukan untuk menyokong kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku terhadap kebimbangan sosial dalam kalangan sampel remaja.

Selain itu, walaupun terdapat banyak kajian yang menyokong penggunaan Pendekatan Kognitif Tingkah laku secara positif, namun kebanyakan kajian yang menggunakan pendekatan ini dalam kalangan remaja dan kanak-kanak lebih mengutamakan populasi dan seting klinikal tetapi amat kurang menggunakannya dalam seting sekolah (Hofmann et al, 2004). Sudah tentu dapatan dan kemahiran yang diperolehi dalam seting klinikal tidak dapat digeneralisasikan dalam seting biasa, terutama seting sekolah (Masia et al., 2001). Kebanyakan daripada situasi yang mendatangkan kebimbangan dalam kalangan remaja berkaitan dengan sekolah (seperti perhubungan dengan rakan sebaya, pencapaian akademik dan sebagainya) yang sudah tentu berbeza dengan seting klinikal (Ginsburg & Drake, 2002).

Selain itu, kajian juga mendapati kewujudan perbezaan dalam tahap kebimbangan sosial mengikut jantina. Remaja perempuan didapati lebih mudah mengalami kebimbangan

sosial berbanding remaja lelaki (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen 2005; La Greca & Lopez, 1998). Kebimbangan sosial juga didapati banyak berkaitan dengan kefunksian sosial iaitu remaja perempuan mempunyai kefunksian yang lemah berbanding dengan remaja lelaki. Daripada aspek perhatian fokus sendiri, analisis meta oleh Mor dan Winguist (2002) mendapati bahawa perhatian fokus sendiri (*self focused attention*) sangat kuat berkaitan dengan kesan negatif dalam kalangan perempuan berbanding dengan lelaki. Hal ini demikian kerana lelaki mungkin lebih berfokuskan tugas manakala perempuan lebih tertumpu pada mencari jalan untuk mereka dilihat oleh orang lain. Oleh itu, timbul persoalan adakah faktor jantina turut mempunyai kesan terhadap rawatan? Adakah kesan rawatan lebih besar terhadap lelaki dibanding dengan perempuan?

Berdasarkan beberapa ketidakpastian di atas, kajian untuk melihat kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok terhadap kebimbangan sosial amatlah wajar. Kajian ini juga penting terutama bagi membantu pihak sekolah mengenal pasti remaja yang berisiko mengalami kebimbangan sosial pada peringkat awal agar intervensi dapat diberikan kepada mereka. Intervensi awal berbentuk pencegahan dan perkembangan merupakan langkah proaktif untuk menangani kebimbangan sosial. Dengan mengenal pasti murid yang berisiko mengalami kebimbangan sosial dan memberikan intervensi awal diharapkan dapat membantu murid-murid tersebut memperoleh kemahiran yang akan membantu mereka berhadapan dengan situasi sosial tertentu dan membantu mereka membuat penyesuaian dengan lebih baik semasa di sekolah, malah secara tidak langsung dengan adanya kemahiran ini membantu meningkatkan lagi potensi mereka. Kajian ini juga diharapkan dapat membantu pihak sekolah untuk menangani masalah tingkah laku murid-murid selain membantu pihak sekolah melahirkan pelajar yang bukan sahaja mantap dari segi intelek tetapi

juga berketerampilan dari segi emosi dan tingkah laku. Di samping itu, kajian ini dapat membuka mata masyarakat bahawa peranan kaunselor masih relevan untuk menangani masalah spesifik seperti kebimbangan sosial dengan

penggunaan pendekatan kaunseling yang terarah seperti kaunseling Pendekatan Kognitif Tingkah laku.

1.4 Objektif Kajian

Objektif pertama kajian ini adalah untuk melihat kesan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok terhadap kebimbangan sosial. dan perhatian fokus sendiri (*self-focused attention*).

Objektif kedua kajian ini adalah untuk melihat kesan interaksi antara Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok dengan jantina terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Dalam kajian ini kesan interaksi dilihat untuk memastikan bahawa perubahan yang berlaku terhadap pemboleh ubah bersandar yang dikaji adalah benar-benar disebabkan oleh rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok semata-mata dan tidak dipengaruhi oleh faktor jantina.

Objektif ketiga kajian ini adalah untuk mengenal pasti situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan sosial yang dialami remaja serta simptom kebimbangan yang dialami oleh mereka.

1.5 Soalan Kajian

Berdasarkan kepada objektif di atas kajian ini dijalankan untuk menjawab persoalan-persoalan berikut:

1. Adakah rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok dapat mengurangkan kebimbangan sosial remaja berbanding dengan kumpulan kawalan?
2. Adakah rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok dapat mengurangkan perhatian fokus sendiri remaja berbanding dengan kumpulan kawalan?
3. Adakah terdapat kesan interaksi antara rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok dan jantina terhadap skor kebimbangan sosial remaja?
4. Adakah terdapat kesan interaksi antara rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok dan jantina terhadap skor perhatian fokus sendiri remaja?
5. Apakah situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan sosial remaja?
6. Apakah simptom kebimbangan sosial yang dialami remaja?

1.6 Hipotesis Kajian

Kesan kaunseling kelompok Pendekatan Kognitif Tingkah Laku terhadap keseimbangan sosial remaja kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan

Hipotesis berikut dibentuk untuk melihat kesan Kaunseling Kelompok Pendekatan Kognitif Tingkah Laku Kaunseling Kelompok terhadap pemboleh ubah terikat keseimbangan sosial

Hipotesis 1.1:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara kumpulan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor keseluruhan keseimbangan sosial.

Hipotesis 1.2:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara kumpulan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor perhatian fokus sendiri.

Kesan Kaunseling Kelompok Pendekatan Kognitif Tingkah Laku juga dilihat terhadap Subskala Keseimbangan Sosial dan Subskala Perhatian Fokus Kendiri. Oleh itu, hipotesis seterusnya dibentuk.

Hipotesis 1.3:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara kumpulan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Kebimbangan Takut Penilaian Negatif (*TPN*).

Hipotesis 1.4:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara kumpulan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Penghindaran *Social Distress* Baharu (*SAD-New*).

Hipotesis 1.5:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara kumpulan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Penghindaran *Social Distress* Umum (*SAD-Distress Umum*).

Hipotesis 1.6:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara kumpulan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Kesedaran Kendiri Peribadi (*SKK-Peribadi*).

Hipotesis 1.7:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara kumpulan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam).

Kesan Interaksi Pemboleh Ubah Bebas terhadap Pemboleh Ubah Terikat

Untuk menentukan bahawa perubahan ke atas pemboleh ubah terikat, iaitu kebimbangan sosial, dan perhatian fokus sendiri disebabkan oleh kesan pemboleh ubah bebas Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok dan bukannya jantina, maka hipotesis yang berikut dibentuk.

Hipotesis 1.8:

Tidak terdapat kesan interaksi antara rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok dan jantina terhadap skor Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) daripada ujian pra dan ujian pos.

Hipotesis 1.9:

Tidak terdapat kesan interaksi antara rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kelompok Kaunseling dan jantina terhadap perhatian fokus sendiri daripada ujian pra dan ujian pos.

1.7 Rasional Kajian

Kekuatan dan keupayaan remaja untuk belajar bermula daripada kesejahteraan emosi dan tingkah laku mereka. Kajian menunjukkan remaja yang dikenal pasti mempunyai gangguan emosi dan tingkah laku di sekolah kurang cemerlang dalam akademik dan interaksi sosial (Anderson, 2001; Coleman & Vaughn, 2000), kerap ponteng sekolah, memberontak, malas dan mempunyai hubungan yang lemah dengan rakan sebaya (Epstein & Cullinan, 1994). Satu daripada gangguan emosi yang sering berlaku dalam kalangan remaja ialah kebimbangan sosial (Lipsitz & Scheier, 2000; Muris, Schmidt, Merckelbach, & Schouten, 2001).

Kebimbangan sosial juga sering dikaitkan dengan pelbagai masalah tingkah laku (Albano & Detweiller, 2001; Fehm et al., 2005; Lewis & O'Neil, 2000; McKeon, 2005). Di Malaysia, pelajar yang terlibat dengan masalah tingkah laku begitu berleluasa (Fariza, 2005; See & Lee, 2005; Sumarni, 2000; Wan Ghazali, 2000). Malangnya kurang perhatian diberikan kepada isu yang menyebabkan bermulanya masalah tersebut. Memandangkan kebimbangan sosial mempunyai impak yang besar terhadap kesejahteraan seseorang, terutama remaja, kajian tentang isu ini amat diperlukan. Kajian tentang perkara ini dapat memberi kesedaran dan pengetahuan kepada semua pihak seperti ibu bapa dan pihak sekolah supaya remaja yang bermasalah ini dapat dibantu.

Selain itu disebabkan masyarakat terutama ibu bapa dan pihak sekolah kurang memahami masalah yang berkaitan dengan kebimbangan sosial, maka intervensi yang diberikan umumnya kepada remaja yang bermasalah tingkah laku iaitu dengan memberikan fokus kepada merawat simptom yang wujud daripada masalah tersebut (Mennutti et al., 2006).

Mengenal pasti pelajar yang mempunyai kebimbangan sosial dan memberikan intervensi awal dapat membendung masalah ini daripada menjadi serius dan mendatangkan kesan negatif kepada remaja, terutama apabila mereka dewasa. Perkara yang menjadi persoalan ialah bagaimanakah pihak sekolah terutama kaunselor boleh terlibat secara aktif dan efektif dalam mengurangkan masalah gangguan ini? Adakah pendekatan sedia ada diguna pakai di sekolah hari ini dapat membantu remaja yang mengalami kebimbangan sosial? Satu kajian untuk membuktikan kesan sesuatu pendekatan perlu dalam permasalahan ini.

Dengan mengambil kira keadaan ini dan juga peranan penting pendidikan dalam kehidupan remaja, sekolah merupakan agen utama yang membantu memupuk kesejahteraan emosi dan psikologi mereka. Peranan Unit Bimbingan dan Kaunseling untuk memberikan perkhidmatan yang efektif kepada remaja yang mengalami gangguan emosi seperti kebimbangan sosial dan juga masalah tingkah laku amat diperlukan. Walaupun pihak sekolah, terutama kaunselor, sering meningkatkan usaha untuk membantu menangani masalah yang mengganggu proses pembelajaran murid-murid, namun pelaksanaan perkhidmatan kaunseling memerlukan bukan sahaja pengetahuan tentang masalah tersebut tetapi juga pengetahuan tentang orientasi teoretikal yang digunakan di dalam rawatan dan perkhidmatan yang diberikan. Apa yang lebih penting ialah rawatan dan perkhidmatan itu harus berdasarkan amalan yang berasaskan bukti-bukti sahih dan telah diuji. Oleh sebab kajian yang dijalankan di Barat telah menunjukkan Pendekatan Kognitif Tingkah laku berkesan dalam mengurangkan kebimbangan sosial (Clark et al., 2006; Hayes, 2006; Hofman et al., 2004), maka kajian juga perlu dilakukan untuk menguji sama ada pendekatan ini juga sesuai diguna pakai dalam konteks budaya masyarakat kita supaya intervensi yang dilaksanakan berdasarkan modul yang telah diuji.

Selain itu struktur dan kerangka Pendekatan Kognitif Tingkah laku menyamai khidmat pendidikan yang lain, menyebabkan pendekatan ini lebih mudah diterima oleh pendidik. Oleh sebab Pendekatan Kognitif Tingkah laku mempunyai had masa, berorientasikan perkembangan semasa, dan pendekatan yang berfokuskan penyelesaian, maka pendekatan tersebut mudah diubah suai kerana intervensi Pendekatan Kognitif Tingkah laku merangkumi perkhidmatan dalam pelbagai peringkat yang lebih spesifik, kompleks, dan intensif. Oleh itu, kaunselor sekolah boleh menggunakan pendekatan ini selari dengan persekitaran pendidikan, iaitu masa dan sumber ialah terhad selain pendekatan ini lebih berfokuskan kepada penyelesaian dan berorientasikan perkembangan semasa. Pendekatan ini juga dapat digunakan untuk mengenal pasti isu sebenar masalah murid-murid tanpa melihat isu-isu yang remeh.

Di samping itu, struktur Pendekatan Kognitif Tingkah laku yang berfokuskan kepada psikopendidikan, pembinaan kemahiran, tugas rumah, berlandaskan agenda serta pemantauan dan kemajuan ialah konsisten dengan apa yang dipraktikkan di sekolah. Dengan ini kaunselor sekolah mempunyai akses kepada interaksi guru-murid, pengaruh rakan sebaya, usaha murid, dan pencapaian. Semua ini ialah sumber maklumat dan persepsi murid dalam proses berfikir. Berbanding dengan kaunselor klinikal luar, mereka tidak mendapat *first-hand experience* dengan murid. Malah sekolah dianggap sebagai makmal semula jadi untuk melihat dinamika interpersonal dan pengumpulan data permasalahan murid-murid. Sekolah juga merupakan tempat yang selamat untuk murid-murid bereksperimen dengan kemahiran baharu yang diperoleh melalui sesi kaunseling. Selalunya apa yang dipelajari melalui sesi kaunseling perawat klinikal luar adalah berbeza dengan situasi sebenar di sekolah. Seperti yang diperkatakan oleh Goldstein dan Goldstein (1998) proses intervensi yang berkesan perlu

dijalankan di tempat yang paling dekat dengan perlakuan yang diingini. Tindakan menawarkan perkhidmatan di sekolah berbanding dengan di luar banyak memberikan kebaikan terutama yang dipraktikkan selepas sesi intervensi.

1.8 Definisi Konsep dan Operasional

Kajian ini memberikan fokus iaitu melihat bagaimana terapi Kognitif Tingkah Laku dapat membantu remaja mengurangkan kebimbangan sosial yang dialami. Terapi Kognitif Tingkah Laku diberikan melalui rawatan kaunseling kelompok dengan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku.

1.8.1 Kesan

Kesan merujuk kepada perubahan dalam skor pemboleh ubah bersandar yang dilihat daripada ujian pra dan ujian pos. Kesan rawatan juga dilihat dengan membandingkan skor yang diperoleh oleh kumpulan rawatan dan skor yang diperoleh oleh kumpulan kawalan bagi setiap pemboleh ubah bersandar yang dikaji daripada ujian pra dan ujian pos.

Dalam kajian ini kesan yang ingin dilihat ialah sama ada terdapat pengurangan dalam skor pemboleh ubah bersandar daripada ujian pra dan ujian pos bagi kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan.

1.8.2 Kebimbangan Sosial

Kebimbangan sosial merujuk kepada perasaan tertekan, tidak selesa, takut, bimbang dan sebagainya dalam situasi sosial kerana takut menerima penilaian negatif dari orang lain. Kebimbangan sosial dicirikan oleh rasa bimbang atau takut terhadap penilaian negatif dan diperhatikan oleh orang lain, terutama sekali orang yang tidak dikenali dalam sesuatu situasi sosial. Kebimbangan sosial berbeza daripada bentuk kebimbangan lain. Dengan hanya memikirkan sesuatu situasi yang boleh mendatangkan kebimbangan, perasaan ini sudah pasti mendatangkan tekanan tanpa memerlukan seseorang itu berada dalam situasi yang memberikan kebimbangan tersebut.

Kebimbangan sosial dapat dimanifestasikan berdasarkan empat simptom yang berbeza, iaitu:

1. Simptom kognitif yang merupakan tanda yang paling awal. Dua daripada simptom yang paling biasa bagi individu yang mengalami kebimbangan sosial ialah penilaian sendiri negatif dan piawai tinggi yang tidak realistik (*unrealistically high standard*). Individu yang mempunyai kebimbangan sosial mungkin risau dan malu sekiranya tidak dapat bergaul dengan baik dalam sesuatu situasi sosial. Dalam hal ini, seseorang yang mempunyai kebimbangan sosial tidak semestinya berada dalam situasi yang menyebabkan kebimbangan tetapi dengan hanya memikirkannya sahaja sudah boleh merangsang simptom tersebut.
2. Gangguan Somatik. Simptom-simptom ini termasuklah berpeluh, meningkatnya denyutan jantung dan ketegangan otot. Apabila menyedari gangguan somatik ini, seseorang individu itu akan memfokuskan gangguan tersebut dan keadaan ini akan

meningkatkan lagi kebimbangan.

3. Tingkah laku merupakan simptom ketiga yang berkaitan dengan kebimbangan sosial. Simptom ini termasuklah penghindaran atau cubaan untuk mengelakkan sesuatu situasi yang mendatangkan kebimbangan.
4. Simptom yang keempat dan terakhir kepada kebimbangan ialah dari segi afek (*affect*) yang kerap melibatkan perasaan gugup, marah, tiada harapan, dan murung (depresi).

Dalam kajian ini kebimbangan sosial diukur dengan menggunakan Skala Kebimbangan Sosial untuk Remaja yang diadaptasi daripada *Social Anxiety Scale for Adolescents* (La Greca, 1998, 1999). Jumlah skor yang tinggi menunjukkan subjek mempunyai tahap kebimbangan sosial yang tinggi dan sebaliknya.

1.8.3 Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok

Kaunseling kelompok merupakan satu proses perhubungan antara kaunselor dengan ahli dalam kelompok semasa mengenal pasti dan mencari jalan untuk membantu seseorang individu mengubah sikap dan tingkah laku yang tidak tersuai dalam kelompok. Dalam hal ini, kaunseling kelompok dianggap satu pertolongan sosial dan psikologi iaitu secara keseluruhan tujuannya adalah untuk mengubah tingkah laku yang mencegah seseorang individu itu mendapat perubahan baharu dalam tingkah laku serta pendampingan diri dengan alam semula jadi. Kaunseling kelompok juga dilihat sebagai satu proses interpersonal yang melibatkan kaunselor dan beberapa orang ahli membuat penerokaan terhadap diri sendiri dan persekitaran dalam usaha untuk mengubah sikap dan tingkah laku.

Dalam konteks kajian ini kaunseling kelompok yang dijalankan berbentuk pencegahan dan perkembangan. Bentuk kaunseling ini digunakan berdasarkan permasalahan kajian, iaitu untuk mengatasi kebimbangan sosial. Pendekatan kaunseling yang akan digunakan ialah Pendekatan Kognitif Tingkah Laku. Pendekatan Kognitif Tingkah Laku menggunakan model kaunseling yang berstruktur dan model ini didapati amat berkesan dan kerap digunakan bagi tujuan pengurangan kebimbangan. Antara teknik yang digunakan melalui Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok untuk kajian ini ialah psikopendidikan, latihan relaksasi, aktiviti pendedahan, dan pengstrukturkan semula kognitif yang dijalankan selama lapan sesi. Kesan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok diukur berdasarkan ujian pra dan ujian pos

1.8.4 Perhatian Fokus Kendiri

Perhatian fokus sendiri didefinisikan sebagai kesedaran atau kepekaan tentang rujukan sendiri yang diperoleh daripada maklumat dalaman seseorang. Kandungan kesedaran tersebut termasuklah maklumat tentang keadaan tubuh badan seperti kepekaan tentang keadaan fizikal atau kesedaran tentang pemikiran dan emosi termasuklah kepercayaan dan sikap seseorang. Maklumat rujukan sendiri mungkin termasuk memori berkenaan dengan perasaan lampau, sikap, dan peristiwa yang boleh memberikan kesan terhadap konsep sendiri seseorang pada masa kini.

Perhatian fokus sendiri dalam konteks kajian ini boleh dirumuskan sebagai pemikiran seseorang yang asyik memikirkan dirinya daripada persepsi orang lain.

Memikirkan apa yang difikirkan oleh diri sendiri menyebabkan seseorang itu cenderung untuk melihat dirinya secara negatif dan ini menyebabkan seseorang itu menjadi semakin bimbang. Perhatian fokus sendiri diukur dengan menggunakan Skala Kesedaran Kendiri yang diadaptasi daripada *Revised Self Consciouness Scale* (Scheier & Carver, 1985).

1.8.5 Remaja

Remaja merupakan masa transisi daripada zaman kanak-kanak kepada zaman dewasa. Rogers (1972) mengkategorikan masa remaja kepada tiga peringkat iaitu awal remaja (12 - 15 tahun), pertengahan remaja (15 - 18 tahun), dan akhir remaja (18 – 22 tahun). Sebaliknya, Newman dan Newman (2006) telah mengkategorikan remaja kepada dua tahap iaitu antara umur 12 hingga 18 tahun sebagai tahap awal remaja dan 18 tahun hingga 24 tahun sebagai tahap akhir remaja. Tahap perkembangan remaja juga dikatakan penuh dengan cabaran dan tekanan. Antara cabaran yang dihadapi remaja termasuklah menangani perubahan fizikal dan psikologi, transisi ke arah pencapaian autonomi dan berdikari, tugas membina hubungan dengan rakan-rakan, dan mencapai kesepaduan indentiti diri (Newman & Newman, 2006). Kegagalan seseorang remaja menangani konflik pada masa transisi ini akan mengundang rasa bimbang, cemas dan depresi serta menjejaskan kualiti hidup mereka. Zaman remaja juga merupakan kemuncak kepada tahap kebimbangan sosial, malah kebimbangan meningkat kepada tahap yang bermasalah (Scholing & Emmelkamp, 1990).

Remaja dalam kajian ini merujuk kepada murid tingkatan enam rendah di sebuah sekolah menengah agama di Terengganu. Sebahagian besar daripada murid ini merupakan pelajar Melayu dan purata umur ialah 19 tahun.

1.9 Kesignifikan Kajian

Kajian ini sangat penting kerana terdapat hanya beberapa kajian di Malaysia yang melihat kesan kaunseling lebih-lebih lagi kajian yang berbentuk eksperimen. Kajian dalam bidang kaunseling lebih tertumpu pada sikap, persepsi atau ekspektasi terhadap perkhidmatan kaunseling, sikap terhadap kaunselor atau keberkesanan kaunseling bagi satu-satu institusi. Kajian secara eksperimen untuk melihat kesan terapi atau kaunseling kelompok berkaitan dengan kebimbangan sosial dalam kalangan remaja di Malaysia masih kurang. Oleh itu kajian ini dirasakan amat penting kepada pelbagai pihak seperti kaunselor dan sesiapa sahaja sebagai satu panduan untuk mempelbagaikan alat yang boleh memperkukuhkan serta memantapkan pelaksanaan sesi kaunseling, terutama kaunseling kelompok di organisasi atau institusi masing-masing.

Kajian ini cuba membentuk satu model berdasarkan teori Pendekatan Kognitif Tingkah laku sebagai satu strategi dalam kaunseling kelompok. Teori Kognitif Tingkah laku diharapkan dapat dijadikan sebagai satu panduan kepada kaunselor yang mahukan satu model untuk digunakan bagi satu-satu masalah spesifik apabila menjalankan sesi kaunseling kelompok. Percubaan pengkaji untuk menggabungkan teknik pengstruktur semula kognitif, latihan pendedahan, dan latihan relaksasi dalam rawatan kaunseling kelompok diharapkan dapat memberikan satu idea kepada kaunselor, terutamanya bagi mempelbagaikan teknik dan strategi untuk memantapkan sesi kaunseling kelompok.

Kajian ini lebih dikhususkan kepada kebimbangan sosial dan diharapkan dapat memberikan gambaran tentang kesan kaunseling kelompok terhadap pengurangan kebimbangan sosial. Selain itu, kajian ini juga dapat memberikan panduan kepada kaunselor

dan ahli pendidik untuk membantu murid masing-masing dengan kajian yang berbentuk eksperimen dan mempunyai teori tertentu berserta dengan model untuk diaplikasi. Dengan perkataan lain kajian ini dapat memperkukuhkan lagi peranan teori dan penggunaan model kaunseling kelompok untuk melihat keberkesanannya dalam proses kaunseling. Mengikut Neukrug (2002) kaunselor yang berkesan ialah kaunselor yang dapat mengendalikan sesi kaunseling dengan berasaskan teori kaunseling. Kegagalan kaunselor mendalami teori akan menunjukkan kelemahan kaunselor itu sendiri (Abdul Halim, Mohd Shuaib, & Sapora, 2000). Pandangan ini turut disokong oleh Suradi (2005) yang menyatakan bahawa penyelidikan untuk meneliti kesan dan kesesuaian teori masih kurang dijalankan di Malaysia. Menurut beliau, kebanyakan kajian yang dijalankan berorientasikan masalah dan persepsi. Data yang sahih dan dipercayai tentang kesan amalan sesuatu teori amat diperlukan, malah penggunaan teori dapat membantu kaunselor melicinkan lagi proses kaunseling (Corey, 2005).

Di samping itu, dengan mempelopori kajian kaunseling dalam bidang pengukuran kesan kaunseling, secara tidak langsung kajian ini dilihat sebagai satu cara untuk memenuhi kehendak klien yang lebih berfokus kepada perbincangan. Dengan menggunakan Modul Kaunseling Kelompok ini dapat memberikan fokus dalam perbincangan dan pada masa yang sama dapat memastikan bahawa perkhidmatan yang diberikan itu berbentuk profesional dan bukan hanya setakat nasihat-menasihati tetapi perkhidmatan kaunseling yang sistematik dan profesional. Selain itu melalui pengujian beberapa inventori seperti Skala Kebimbangan Sosial remaja, kajian turut menyumbang kepada bidang pengukuran dalam kaunseling. Inventori ini dapat digunakan oleh kaunselor untuk mengenal pasti masalah kebimbangan remaja pada peringkat awal lagi.

Selain itu, kajian seperti ini ialah penting memandangkan amat sedikit kajian tentang hasil rawatan secara empirikal terhadap murid remaja yang mempunyai kebimbangan sosial. Golongan ini sedang dalam proses transisi ke alam dewasa. Hasil kajian ini diharap dapat dijadikan sebagai langkah awal dalam memenuhi jurang kajian tentang kebimbangan sosial dalam kalangan remaja yang jauh ketinggalan berbanding dengan masyarakat di Barat. Hal ini sekali gus dapat menyumbang kepada peningkatan ilmu dalam bidang ini.

1.10 Rumusan

Bab ini telah membincangkan latar belakang kajian dan permasalahan kajian yang menekankan sebaran kebimbangan sosial dan kesan kebimbangan sosial serta kesan lanjut kebimbangan sosial dalam jangka panjang terhadap kefungsi seseorang sekiranya tiada tindakan awal diambil. Bab ini juga turut membincangkan objektif kajian, soalan kajian, definisi konsep dan operasional serta kepentingan kajian.

BAB II

PENDEKATAN TEORI

2.1 Pendahuluan

Terdapat beberapa perspektif dalam membincangkan kebimbangan sosial. Antara dua persepektif yang paling dominan ialah model interpersonal dan juga model Kognitif Tingkah Laku. Bab ini akan membincangkan kebimbangan sosial berdasarkan kedua-dua perspektif. Walau bagaimanapun perbincangan akan lebih tertumpu kepada Pendekatan Kognitif Tingkah Laku Rapee dan Heimberg (1997) yang menjadi asas kepada penyelidikan ini. Di samping itu bab ini turut membincangkan bagaimana Pendekatan Kognitif Tingkah laku dapat menangani kebimbangan sosial.

2.2 Kebimbangan Daripada Perspektif Interpersonal

Model Interpersonal terhasil daripada pelbagai konteks teori termasuklah psikodinamik, personaliti, dan penulisan psikologi sosial. Walaupun terdapat perbezaan daripada pelbagai teori, namun pendekatan ini berkongsi beberapa elemen iaitu tingkah laku interpersonal adalah interaktif dan tingkah laku seseorang akan mempengaruhi cara orang lain memberikan respons terhadapnya. Keadaan ini menyebabkan seseorang itu membina andaian *self-perpetuating* dalam dirinya; dia membentuk satu andaian tentang bentuk

perhubungannya dengan orang lain yang akan menjadi pegangannya. Pendukung perspektif interpersonal mengandaikan bahawa tingkah laku sosial paling tepat digambarkan sebagai satu putaran kognitif, emosi, dan tingkah laku yang bermula apabila seseorang itu memberikan tindak balas akibat sesuatu reaksi daripada orang lain.

Prinsip pertama bagi kebanyakan teori interpersonal ialah tingkah laku yang tidak berfungsi dibina hasil daripada persekitaran interpersonal yang bermasalah atau berpenyakit yang dipanggil sebagai patogenesis sosial. Mengikut model interpersonal, seseorang itu membina ciri-ciri strategi interpersonal untuk mewujudkan perhubungan sejak kecil lagi. Strategi ini kemudian kekal dalam diri seseorang sehingga menjadi satu andaian baginya di samping menentukan peranannya serta perhubungannya. Misalnya sebagai orang yang sentiasa mendamaikan orang lain atau sebagai seorang yang sentiasa menjaga orang lain dan tidak berbuat salah.

Prinsip kedua perspektif ini ialah perhubungan semasa kanak-kanak akan membentuk *sense of self*. Menurut prinsip ini, cara atau kebiasaan interaksi seseorang akan disimpan dalam memori berbentuk skema perhubungan atau struktur kognitif yang mewakili perhubungan yang dibina oleh seseorang itu bersama-sama orang yang dianggap signifikan dalam hidupnya.

Prinsip ketiga dan yang paling penting dalam perspektif interpersonal ialah seseorang itu membina bentuk interaksi yang boleh mengekalkan pandangannya tentang sendiri serta berkecenderungan untuk mengambil peranan tertentu dalam perhubungan. Terdapat sekurang-kurangnya empat bahagian dalam putaran perhubungan, iaitu cara seseorang itu melihat orang lain, reaksi seseorang itu terhadap orang lain, interpretasi orang lain terhadap dirinya, dan tindak balas orang lain terhadap dirinya. Pengkaji interpersonal menekankan

bahawa bentuk tingkah laku yang dipilih seseorang terhadap orang lain adalah berdasarkan skema perhubungan yang telah sedia wujud. Dengan perkataan lain, pendukung perspektif interpersonal mengandaikan bahawa pembentukan tingkah laku yang tidak berfungsi sebenarnya merupakan satu cubaan untuk mengekalkan hubungan sosial.

Perbincangan tentang kebimbangan sosial daripada Perspektif Interpersonal lebih berfokuskan kepada pembentukan tingkah laku yang bertujuan untuk mengekalkan perhubungan sosial dan tidak memberikan fokus kepada peranan ketakutan terhadap penilaian negatif dan perhatian fokus sendiri semasa membina perhubungan.

2.3 Kebimbangan Sosial daripada Perspektif Kognitif Tingkah Laku

Model Kognitif Tingkah Laku berhubung dengan kebimbangan sosial oleh Rapee dan Heimberg (1997) adalah antara model terbaharu berdasarkan pandangan Coles, Hart, dan Heimberg (2001) dan telah diterima secara meluas walaupun terdapat model-model lain. Model ini telah dibina berdasarkan kajian empirikal dan juga pengalaman klinikal. Model ini memberikan satu gambaran yang jelas tentang kebimbangan sosial yang merangkumi etimologinya dan juga pengekalannya kebimbangan sosial. Mengikut model ini, individu yang mengalami kebimbangan sosial mungkin dibesarkan oleh ibu bapa yang terlalu melindungi atau terlalu mengatur. Sebagai contoh ibu bapa sering memberikan mesej bahawa seseorang itu tidak cukup kompeten untuk memenuhi tuntutan sosial dalam kehidupan. Ibu bapa juga mungkin memberikan mesej bahawa penilaian orang lain adalah penting dan mereka menjadikan diri mereka sebagai model iaitu bagaimana mereka telah dinilai oleh orang lain.

Berdasarkan keadaan ini, akan terbentuk dua andaian yang penting tentang diri mereka dan orang lain, iaitu:

1. Orang lain suka menilai seseorang secara negatif dan kritikal.
2. Sangat penting bagi setiap orang untuk dinilai secara positif oleh orang lain.

Mengikut model ini, individu yang mengalami kebimbangan sosial mempunyai dorongan yang kuat untuk mempamerkan impresi yang diterima orang lain tetapi dalam masa yang sama ragu-ragu dan tidak yakin akan keupayaan dirinya untuk memberikan impresi tersebut. Hasilnya individu yang mempunyai kebimbangan sosial percaya bahawa kebanyakan situasi adalah berbahaya disebabkan oleh adanya potensi penilaian negatif. Penilaian negatif ini akan memberikan kesan yang menyakitkan seperti perasaan malu, rasa tersisih, hilang kedudukan sosial, dan hilang harga diri. Di samping itu interaksi antara pengalaman lalu dengan pembawaan tingkah laku semula jadi seseorang seperti mudah mengalami kebangkitan kebimbangan dan mudah panik atau terkejut akan menyebabkan seseorang individu itu membentuk satu siri andaian sendiri negatif bersama-sama dengan satu set pemikiran bagaimana orang lain mempersepsikan dirinya, iaitu secara negatif dan *bias*. Di samping itu, mengikut model ini, individu yang mempunyai kebimbangan sosial mengubah fokus perhatian terhadap diri (*inward*). Tindakan ini akan membangkitkan masalah kerana individu itu akan meningkatkan kesedaran tentang tindak balas kebimbangannya dan seterusnya mengganggu kebolehan atau keupayaannya untuk memproses situasi dan tingkah laku orang lain. Individu yang mempunyai kebimbangan sosial juga akan cenderung untuk membuat penilaian sendiri berdasarkan maklumat yang diperoleh untuk membentuk satu konstruk impresi dirinya yang dirasakan menggambarkan pemerhatian dan penilaian orang lain terhadap dirinya.

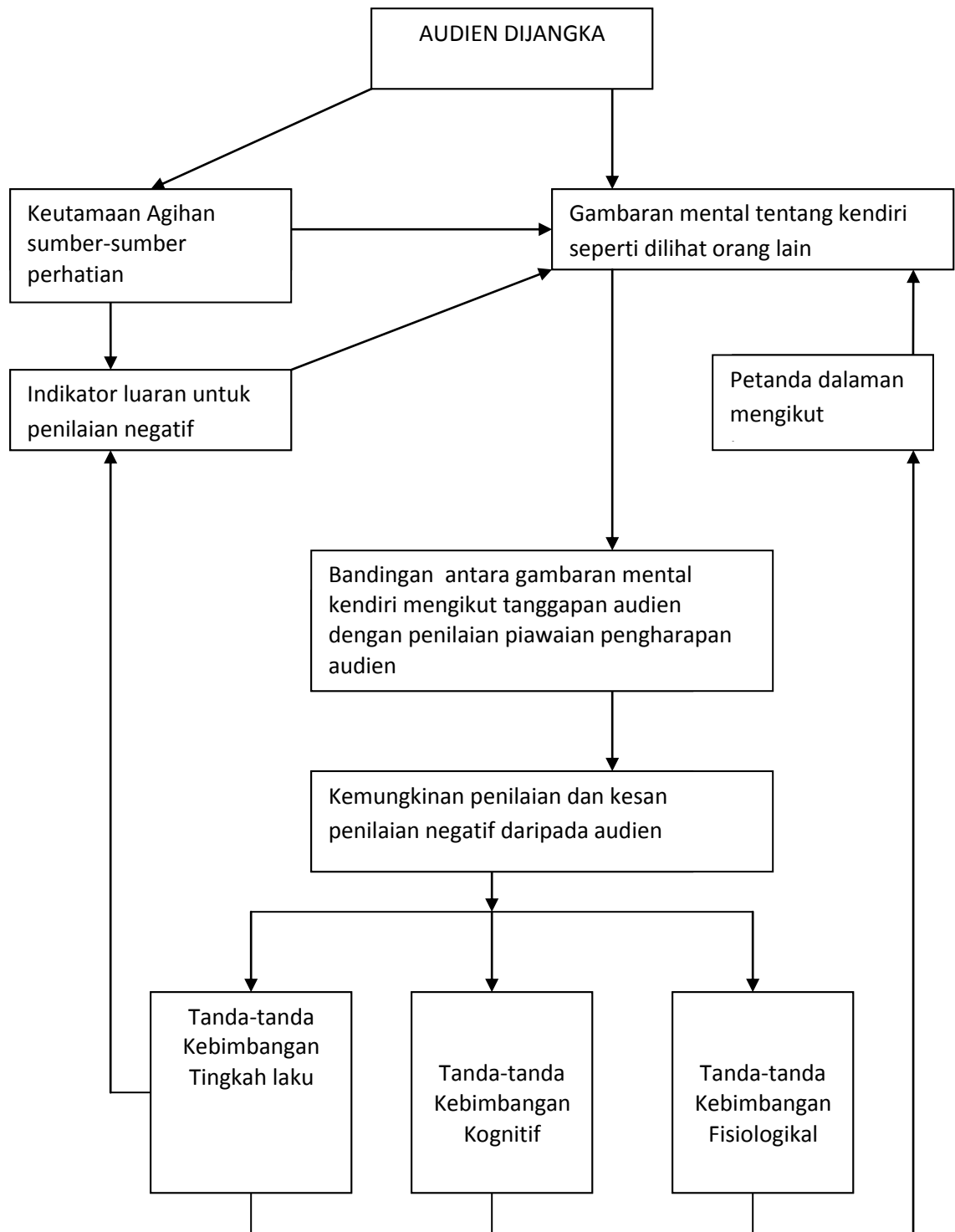
Apabila seseorang individu yang mempunyai kebimbangan sosial berada dalam situasi sosial, maka fokus perhatian (perhatian fokus sendiri) mereka yang tidak adaptif akan berubah ke dalam dirinya. Individu yang mempunyai kebimbangan sosial akan membina konstruk tentang dirinya dan melihat dirinya sebagai objek sosial apabila berada dalam sesuatu situasi sosial. Oleh itu, mereka akan menggunakan maklumat *introceptive* yang dihasilkan melalui fokus sendiri untuk membentuk ekspresi kendirinya yang pada anggapan mereka menunjukkan bagaimana orang lain melihatnya. Perubahan dalam fokus perhatian berlaku apabila seseorang itu berada dalam sesuatu situasi sosial. Individu itu secara automatik akan melihat sesuatu situasi sebagai berbahaya atau sebagai ancaman kepadanya. Kecenderungan ini bukan sahaja berdasarkan sesuatu situasi, tetapi boleh juga berlaku hanya di dalam pemikiran seseorang individu yang mempunyai kebimbangan sosial, terutama apabila seseorang itu memikirkan situasi tersebut dan membandingkan keupayaannya untuk berfungsi dalam keadaan tersebut.

Model Kognitif Tingkah laku berhubung dengan masalah kebimbangan sosial memberikan penekanan kepada kepercayaan yang tidak berfungsi (*dysfunctional believing*). Keadaan ini berkaitan dengan penampilan individu yang mempunyai kebimbangan dalam sesuatu situasi sosial. Model ini menjelaskan bahawa individu yang mengalami kebimbangan sosial meletakkan satu piawai persembahan sosial yang terlalu tinggi. Tindakan individu ini akan menambahkan kebimbangan seseorang. Selain itu juga, model ini menjelaskan bahawa individu yang mempunyai kebimbangan menunjukkan kepercayaan negatif bersyarat berhubung dengan penilaian sosial seperti “Sekiranya saya gagap, orang lain akan menganggap saya bodoh”, serta kepercayaan negatif tidak bersyarat tentang sendiri, terutama sekali melihat diri sendiri tidak bernilai dan tidak berharga dalam sesuatu situasi yang

dijangkakan atau semasa situasi sosial yang sebenar. Rapee dan Heimberg (1997) menjelaskan bahawa individu yang mempunyai kebimbangan sosial mengandaikan bahawa orang lain meletakkan satu piawai yang terlalu tinggi, yakni tidak realistik berhubung dengan persembahan sosial mereka. Oleh itu, individu yang mempunyai kebimbangan sosial sering melihat kemungkinan mereka dinilai secara negatif adalah tinggi. Dengan mempercayai bahawa orang lain mempunyai piawaian yang tinggi dalam penampilan sosial, maka kemungkinan mereka tidak dapat memenuhi piawaian tersebut dan dinilai secara negatif adalah tinggi.

Pendek kata, apabila berada dalam sesuatu situasi sosial, individu yang mempunyai kebimbangan sosial akan membentuk gambaran mental (*mental representation*) tentang dirinya sebagaimana yang dilihat oleh orang lain. Gambaran mental ini merangkumi maklumat daripada memori jangka panjang, tandasaran dalaman (seperti jantung berdenyut pantas) dan tandasaran luaran (seperti mimik muka orang lain, nada suara, dan sebagainya). Oleh sebab individu yang mempunyai kebimbangan sosial percaya bahawa penilaian orang lain sangat penting, maka mereka akan cuba meramalkan piawaian (*standard*) yang diletakkan oleh orang lain terhadap diri mereka dalam sesuatu situasi. Mereka yang mempunyai kebimbangan sosial juga akan menentukan sama ada diri mereka mencapai piawaian tersebut (iaitu mereka cuba menentukan sama ada gambaran mental tentang diri mereka sebagaimana yang dilihat orang lain memenuhi jangkaan piawaian orang tersebut). Walau bagaimanapun, tugas ini sudah tentu menemui kegagalan kerana gambaran mental tentang diri mereka sebagaimana yang dilihat orang adalah cenderung negatif. Anggapan kegagalan untuk memenuhi piawaian yang dijangkakan menyebabkan kemungkinan adanya penilaian negatif daripada orang lain dan kesan sosial negatif akan berlaku. Jangkaan

negatif ini akan lebih merangsang kebimbangan. Kebimbangan dan gambaran mental yang negatif akan saling mempengaruhi dan membentuk satu putaran kebimbangan. Perkara ini dapat diuraikan dengan menggunakan Rajah 2.1.



Rajah 2.1. Model Kognitif Tingkah Laku masalah kebimbangan sosial Rapee dan Heimberg (1997). Sumber: Rapee & Heimberg (1997). Behavior Research Therapy, 35(8), 741- 759.

Kepercayaan bahawa penilaian orang lain itu sangat penting dan gambaran mental tentang sendiri seolah-olah orang lain melihat dirinya secara negatif menjadikan seseorang itu berhati-hati atau berjaga-jaga (iaitu dengan memberikan keutamaan agihan sumber perhatian) kepada ancaman sosial dan tandasaran kemungkinan adanya kesan sosial negatif. Keutamaan agihan sumber perhatian menyebabkan seseorang itu perlu membahagikan sumber-sumber perhatian tersebut antara ancaman sosial luaran, tandasaran yang merangsang ancaman tentang tingkah laku atau penampilan seseorang dan tuntutan terhadap tugas sosial pada masa itu (misalnya berbual dengan orang yang tidak dikenali). Akibatnya seseorang itu mungkin tidak dapat melaksanakan tugas dengan baik terutama tugas-tugas yang memerlukan tumpuan sumber-sumber perhatian. Individu yang mempunyai kebimbangan sosial juga tidak dapat melaksanakan tugas dengan baik disebabkan tingkah laku mengelak yang tidak ketara (misalnya tidak bertentang mata) selain tabiat mengelak (seperti mengelak daripada menghadiri perjumpaan sosial). Walaupun tingkah laku mengelak ini bertujuan untuk mengurangkan kemungkinan penilaian negatif oleh orang lain tetapi tingkah laku ini juga menghasilkan *safety behavior*. Kegagalan untuk melaksanakan sesuatu tugas sosial akan memberikan kesan kepada individu tersebut. Tingkah laku untuk berasa selamat (*safety seeking behaviour*) memainkan peranan penting demi mengekalkan kebimbangan kerana tingkah laku ini membuktikan kepada seseorang itu bahawa tingkah laku tersebut sesuai dengan kepercayaannya yang tidak berfungsi tentang situasi sosial yang menakutkannya itu.

Model Kognitif Tingkah laku ini konsisten dengan hipotesis bahawa '*safety seeking behavior*' menjadi penyumbang penting kepada fungsi pengekalan masalah kebimbangan sosial. Kegagalan untuk melaksanakan sesuatu tugas sosial akan mengesahkan kegagalan

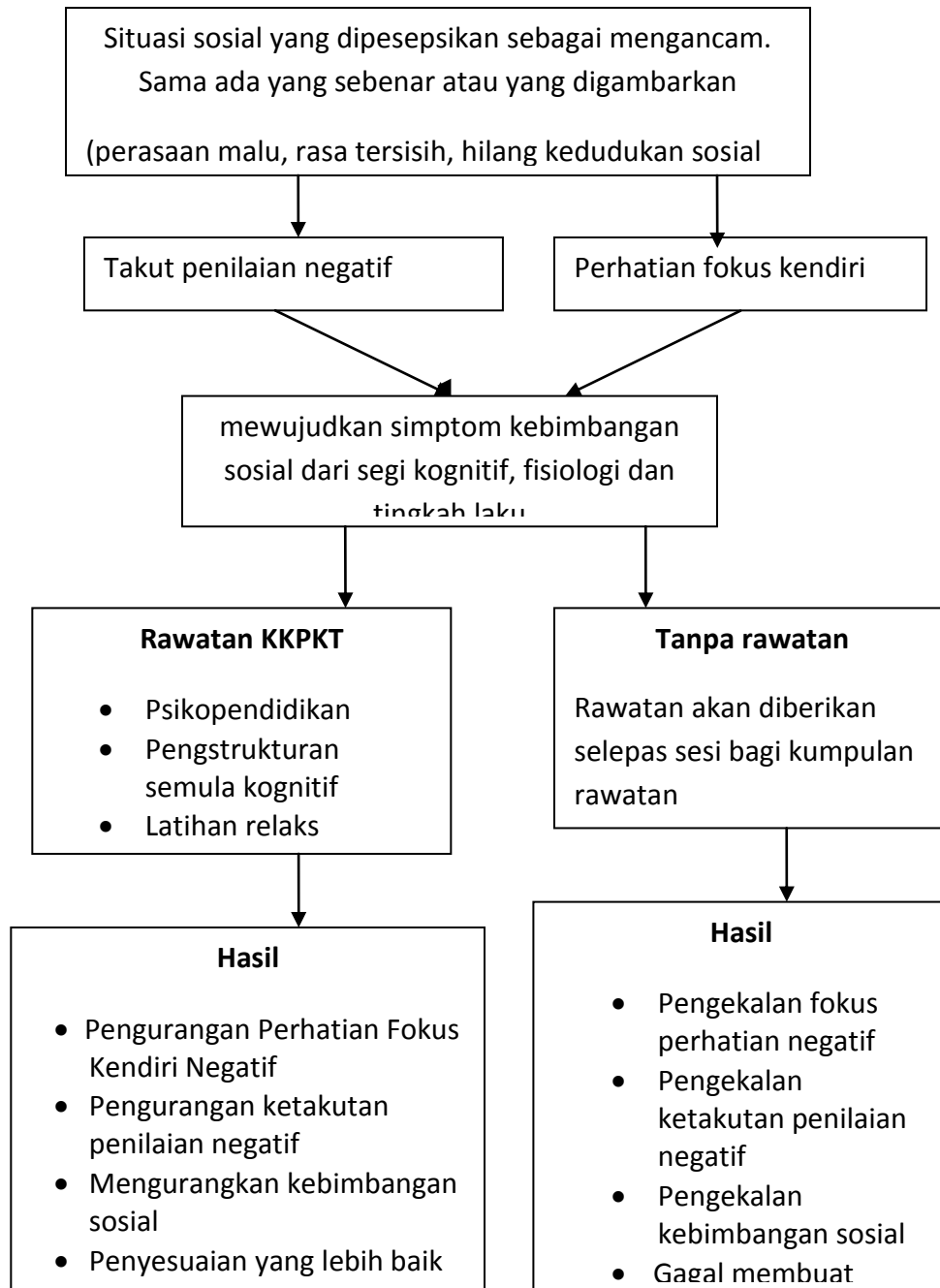
yang telah diramalkan (sistem kognitif) dan membentuk *self fulfilling prophecy* serta mengekalkan kebimbangan sosial.

Model ini juga menjelaskan penggunaan tingkah laku mengelak akan mengganggu persembahan sosial dan seterusnya memberikan bukti yang dapat meneguhkan ketidakfungsian kepercayaan seseorang yang mengalami kebimbangan itu (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). Hipotesis yang paling penting yang diperoleh daripada model ini ialah individu yang mempunyai kebimbangan sosial melihat dirinya daripada perspektif orang lain (pemerhati), iaitu seolah-olah melihat daripada kaca mata orang lain dan bukannya melihat situasi tersebut daripada kaca mata atau perspektifnya sendiri sama ada dalam situasi yang dijangkakan atau yang sebenar. Di samping itu, individu yang mempunyai kebimbangan sosial sering membuat interpretasi yang salah tentang reaksi orang lain (Clark & Wells, 1995). Peningkatan rasa takut untuk mewujudkan interaksi sosial, takut kepada penilaian negatif, dan interpretasi yang salah tentang reaksi orang lain menyebabkan mereka yang mengalami kebimbangan sosial tidak sanggup untuk melibatkan diri dalam pelbagai interaksi sosial. Oleh itu, individu yang mempunyai kebimbangan sosial akan mengusahakan tingkah laku mengelak yang akhirnya akan merosakkan perhubungan sosial itu sendiri dan menyebabkan kepercayaan yang tidak fungsional. Keadaan ini secara signifikan akan mempengaruhi keupayaan untuk membentuk dan mengekalkan sesuatu perhubungan tersebut.

Mengikut Ollendick dan Hirshfeld-Baker (2002), ketakutan kepada penilaian negatif ialah sebahagian daripada perkembangan yang normal. Dikatakan sebaik sahaja seseorang itu berkembang daripada usia kanak-kanak kepada remaja, penilaian orang lain terhadap mereka dan bagaimana mereka menampilkan diri dalam interaksi sosial atau bergaul bersama-sama

rakan sebaya, rakan-rakan, dan orang dewasa dianggap penting. Episod transisi mengalami kebimbangan sosial ialah sesuatu yang biasa dan merupakan sebahagian daripada keseluruhan perkembangan seseorang. Namun bagi sesetengah remaja, kebimbangan sosial boleh mendatangkan tekanan dan gangguan yang tidak mungkin hilang begitu sahaja. Gejala ini mungkin menjadi lebih serius sehingga mendatangkan masalah kebimbangan sosial yang dikenali juga sebagai fobia sosial. Oleh itu perkara utama yang menjadi tumpuan perbincangan teori Pendekatan Kognitif Tingkah Laku ialah bagaimana perhatian fokus sendiri dan ketakutan kepada penilaian negatif saling berkait ke arah meningkat dan mengekalkan kebimbangan sosial. Oleh yang demikian, Pendekatan Kognitif Tingkah Laku ini dalam kaunseling kelompok bertujuan untuk memecahkan putaran kebimbangan sosial (kognitif-afektif-tingkah laku) dengan menggunakan tiga teknik utama iaitu, penstrukturan semula kognitif, pendedahan dan latihan relaks. Teknik-teknik ini memberikan peluang kepada ahli untuk:

- i mengatasi tingkah laku mengelak
- ii mengurangkan pemikiran negatif
- iii membaiki kualiti tingkah laku seseorang tanpa dibebankan dengan pemikiran negatif dalam sesuatu situasi sosial atau semasa bergaul dengan orang lain
- iv menyesuaikan dan membetulkan gambaran mental tentang sendiri seperti dilihat orang lain
- v mendapat maklumat yang dapat memberikan alternatif kepada jangkaan negatif atau kepercayaan tentang sendiri dan orang lain dalam sesuatu situasi sosial. Secara ringkas kerangka teoretikal kajian adalah seperti yang digambarkan pada Rajah 2.2.



Rajah 2.2. Kerangka teoretikal kajian yang diubah suai daripada model masalah kebimbangan sosial Rapee dan Heimberg (1997).

2.4 Kerangka Konseptual Kajian

Kerangka konseptual kajian ini berdasarkan kepada model masalah kebimbangan sosial oleh Rapee dan Heimberg (1997). Fokus kajian ini adalah untuk melihat kesan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok terhadap pengurangan kebimbangan sosial. Mengikut model Pendekatan Kognitif Tingkah Laku, kebimbangan sosial mempunyai kaitan dengan perhatian fokus sendiri dan juga ketakutan kepada penilaian negatif. Oleh sebab itu kajian ini juga turut melihat kesan kaunseling kelompok menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku terhadap ke dua pemboleh ubah ini.

Kajian ini juga cuba membandingkan perbezaan kesan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok dengan kumpulan kawalan. Oleh itu, dalam kajian ini pemboleh ubah utama, iaitu pemboleh ubah tidak bersandar ialah kelompok rawatan (kaunseling kelompok menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku) dan kelompok kawalan. Pengkaji juga menggunakan faktor jantina sebagai pemboleh ubah tidak bersandar, manakala pemboleh ubah bersandar ialah kebimbangan sosial, dan perhatian fokus sendiri. Kerangka konseptual kajian ini dapat dijelaskan melalui Rajah 2.3.

Pemboleh ubah bebas

Rawatan Pendekatan
Kognitif Tingkah laku
dalam Kaunseling
Kelompok

Jantina

(Lelaki dan Perempuan)

Pemboleh ubah bersandar

Kebimbangan Sosial

[Skala Kebimbangan Sosial Remaja
diadaptasi daripada *Social Anxiety Scale
Adolescence (SAS-A)*: La Greca dan Lopez
1998]

Perhatian Fokus Kendiri [Skala
kesedaran Kendiri diadaptasi daripada
Revised Self Consciousness (SC).
Scheier & Carver, 1985

Rajah 2.3. Kerangka konseptual kajian.

2.5 Pendekatan Kognitif Tingkah laku

Pada pertengahan tahun 1970-an Terapi Kognitif Tingkah laku telah menggantikan penggunaan istilah tingkah laku dan telah digunakan secara meluas oleh terapis masa kini. Terapi Kognitif Tingkah laku memberikan penekanan kepada interaksi antara afektif, tingkah laku dan dimensi kognitif dengan menggabungkan konsep dan teknik kognitif dan tingkah laku dalam rawatannya. Lebih daripada 20 orang terapis yang

berbeza dilabelkan sebagai pendukung Terapi Kognitif atau Kognitif Tingkah laku (Corey, 2004).

Mengikut Gilliland dan James (1998), tidak ada seorang pun yang boleh dianggap sebagai pencipta khusus secara terapeutik berkaitan dengan pembinaan struktur yang berbeza yang digunakan dalam psikologi kognitif, namun Ellis (1962), Beck (1970) dan Meichenbaum (1977) boleh dianggap sebagai penyumbang utama kepada aspek yang dirujuki oleh terapis kognitif sebagai sistem kognitif. Semua komponen asas yang didapati di dalam kognitif modifikasi tingkah laku terapi kognitif dan terapi kognitif tingkah laku telah dimasukkan dalam sistem kognitif.

Kesemua Pendekatan Kognitif Tingkah laku adalah berdasarkan model psikopendidikan berstruktur dan secara keseluruhannya memberikan penekanan kepada peranan tugas rumah, meletakkan tanggungjawab kepada klien dengan mengandaikan penglibatan mereka yang aktif di dalam dan di luar sesi serta menggunakan pelbagai strategi tingkah laku dan kognitif yang membawa perubahan. Antara ciri-ciri Pendekatan Kognitif Tingkah laku adalah: (a) perhubungan kolaboratif antara klien dengan terapis, (b) mengandaikan bahawa masalah psikologi disebabkan oleh gangguan dalam proses kognitif, (c) memberikan fokus kepada mengubah kognisi untuk menghasilkan perubahan afek dan tingkah laku, dan (d) secara umum penggunaan masa yang terhad dan rawatan pendidikan berstruktur memfokuskan masalah yang spesifik (Corey, 2004).

Prinsip asas dalam Terapi Kognitif Tingkah laku ialah pemikiran, sikap dan persepsi seseorang tentang diri sendiri dan orang lain mempengaruhi interpretasinya terhadap sesuatu peristiwa luaran yang berlaku dan interpretasi yang diberikan ini sangat penting untuk mempengaruhi kebangkitan emosi dan tingkah laku. Pendekatan kognitif

menganggap bahawa peristiwa yang berlaku tidak memberikan kesan kepada tingkah laku seseorang sebaliknya cara bagaimana seseorang itu mempersepsikan peristiwa tersebut akan membangkitkan kemungkinan emosi atau tingkah laku. Pendekatan Kognitif juga melihat adanya perhubungan secara timbal balas antara pemikiran, emosi dan tingkah laku. Oleh itu, Terapi Kognitif Tingkah laku bertujuan untuk meningkatkan kesedaran seseorang itu tentang kesalahan persepsi pemikiran, tingkah laku yang meneguh serta yang diteguhkan oleh pemikiran yang salah tersebut. Mengikut Teori Kognitif Tingkah laku, pembentukan personaliti seseorang terhasil daripada gabungan faktor genetik dan persekitaran. Terapi Kognitif melihat kepentingan proses kognitif dalam penghasilan emosi dan tingkah laku. Cara seseorang itu mempersepsikan, membuat interpretasi dan memberikan makna tentang sesuatu situasi atau peristiwa menentukan reaksi emosi dan tingkah laku seseorang itu. Kepercayaan atau andaian yang dipanggil skema mempengaruhi pemikiran seseorang. Skema mempengaruhi cara seseorang itu melihat realiti, membuat andaian tentang sendiri, menginterpretasikan pengalaman lalu, mempelajari melalui pemerhatian, membuat pilihan tingkah laku dan membentuk jangkaan masa depan. Skema mungkin tidak adaptif atau *dysfunctional* bergantung kepada bagaimana struktur kognitif seseorang itu dibentuk dan dikekalkan.

Cognitive vulnerability merujuk kepada bagaimana kepercayaan dan andaian seseorang mempengaruhi dan menghasilkan tekanan tertentu. Oleh itu, bagaimana seseorang itu membentuk, menyusun dan membuat interpretasi kognitif akan menentukan cara mereka membuat persepsi dan bertingkah laku. Sebagai contoh, salah suai tingkah laku seseorang akan terjadi apabila pemikiran seseorang itu diherot-herotkan. Satu daripada kesilapan sistematik dalam pertimbangan pemikiran yang dikenal pasti ialah

melihat sesuatu peristiwa atau sesuatu situasi di luar konteks (*out of context*). Mengikut Gilliland dan James (1998) tingkah laku seseorang yang tersalah suai terhasil daripada kesalahan sistematik, pemikiran atau jangkaan yang diherot-herotkan dan pemikiran yang tidak adaptif. Mahenoy (1974, dalam Gilliland & James, 1998) pula menjelaskan pemikiran yang tidak adaptif (*maladaptif*) terhasil daripada beberapa kesilapan dalam pemikiran iaitu:

1. *selective inattention* iaitu mengetepikan stimuli yang relevan dan melihat kepada stimuli yang tidak relevan.
2. *misperception* iaitu silap dalam mentafsirkan stimuli tertentu sama ada stimuli dalaman atau luaran
3. *maladaptive focusing* iaitu memfokuskan stimuli atau peristiwa luar yang tidak relevan.
4. *maladaptive self arousal* iaitu memfokuskan tandasaran dalaman yang tidak relevan.
5. *repertory deficiencies* iaitu kekurangan atau tingkah laku yang tidak adaptif yang disebabkan oleh kesilapan dalam pemikiran (covert) dan tiada kemahiran bertingkah laku (overt).

Mengikut Gilliland dan James (1998) Terapi Kognitif Tingkah laku, Terapi Kognitif dan Modifikasi kognitif Tingkah laku berasaskan kepada beberapa andaian iaitu pemikiran yang tidak adaptif akan menjurus kepada tingkah laku sendiri rosak yang tidak adaptif. Oleh itu, tingkah laku yang meningkatkan sendiri yang adaptif dapat diterapkan kepada klien melalui pembelajaran untuk menghasilkan peningkatan pemikiran sendiri positif dan klien dapat diajar untuk menukarkan pemikiran dan sikap sendiri dalaman

yang merosakkan kepada pemikiran, sikap, dan tingkah laku sendiri yang boleh membawa peningkatan.

Pandangan Gilliland dan James disokong oleh Dobson dan Dozois (2001). Mereka mengatakan semua Model Kognitif Tingkah laku berkongsi tiga andaian iaitu yang pertama aktiviti kognitif mempengaruhi tingkah laku. Terapi kognitif percaya bahawa penilaian kognitif klien tentang sesuatu peristiwa boleh mempengaruhi tindak balas (misalnya tingkah laku) terhadap peristiwa tersebut. Kedua, aktiviti kognitif boleh dikawal dan diubah. Terapis dan klien boleh mengenal pasti pemikiran klien dan apabila semua pemikiran sudah dikenal pasti, klien akan lebih bersedia untuk mengubah mana-mana pemikiran yang menimbulkan masalah. Ketiga, perubahan tingkah laku yang dikehendaki boleh dibentuk melalui perubahan kognitif. Justeru itu peranan Terapis Kognitif Tingkah laku adalah untuk membantu klien menyedari pemikiran-pemikirannya yang salah dan mengenal pasti bagaimana pemikiran yang salah ini berhubung kait dengan perasaan negatif dan tingkah laku klien.

Dalam kajian ini pengkaji menggunakan kaunseling kelompok Pendekatan Kognitif Tingkah laku iaitu berasaskan Terapi Kognitif yang telah dibangunkan oleh A. T. Beck yang telah memperkenalkan Terapi Kognitif pada awal tahun 1960-an sebagai satu rawatan kepada depresi. Terapi Kognitif diasaskan kepada model kognitif yang mengatakan pemikiran yang salah mempunyai kesan penting yang mempengaruhi emosi dan tingkah laku seseorang. Konsep asal kepada model kognitif ialah bukannya peristiwa semata-mata yang mempengaruhi tingkah laku seseorang tetapi sebaliknya bagaimana seseorang itu mempersepsikan sesuatu peristiwa yang mempengaruhi tingkah lakunya.

Model kognitif tingkah laku melihat saling perhubungan antara kesukaran emosi dengan bagaimana seseorang itu melihat sesuatu peristiwa secara melampau iaitu melampaui keadaan sebenar. Penilaian yang melampau terhadap sesuatu perkara atau peristiwa akan memberikan pengaruh negatif kepada emosi dan perasaan seseorang dan akhirnya membentuk satu pusingan lingkaran yang dipanggil *vicious cycle*. Oleh itu, Terapi Kognitif Tingkah laku bertujuan untuk memahami punca klien melihat sesuatu kejadian atau peristiwa dan sebab mereka merasakan hal seperti itu. Sesuatu peristiwa akan mempunyai kesan yang berbeza bagi setiap individu. Tambahan pula setiap individu mempunyai idiosinkratik atau kebiasaan tertentu semasa melihat sesuatu peristiwa. Ini kerana persepsi, kepercayaan, dan skema yang ada pada seseorang telah dibentuk berdasarkan pengalaman unik seseorang individu itu sendiri sepanjang kehidupannya. Pendek kata, Terapi Kognitif juga bertujuan untuk memahami domain setiap individu dan idiosinkritik mereka semasa mentafsir sesuatu peristiwa. Dalam kajian ini Terapi Kognitif Tingkah laku merujuk kepada kaunseling kelompok yang menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku untuk membantu klien. Antara strategi yang digunakan dalam terapi ini adalah psikopendidikan, latihan relaksasi, pendedahan (*exposure*) dan penstrukturan kognitif.

Mengikut Perspektif Kognitif Tingkah laku, kognitif merupakan teras kepada perubahan tingkah laku. Oleh itu perkembangan kognitif perlu difahami agar setiap input kepada perubahan kognitif bersesuaian dengan perubahan yang ingin dicapai. Beck dan Weishaar (1995, dalam Gilliland & James, 1998) menjelaskan bahawa Terapi Kognitif berdasarkan kepada formulasi iaitu cara seseorang itu berfikir akan menentukan emosi dan cara seseorang itu bertingkah laku. Terapi ini merupakan proses kolaboratif semasa

membuat pemerhatian secara empirikal, membuat eksperimen untuk menguji realiti dan penyelesaian masalah secara kolaboratif antara terapis dan klien. Konsepsi, interpretasi dan kesimpulan klien yang salah juga tertakluk kepada penelitian saintifik dan pengujian hipotesis. Eksperimen ke atas kognitif dan tingkah laku serta teknik lisan digunakan untuk meneliti alternatif semasa membuat interpretasi supaya dapat menghasilkan bukti yang boleh menyokong kepercayaan yang lebih adaptif dan seterusnya membawa perubahan yang terapeutik kepada klien. Terapi kognitif telah digunakan bagi merawat pelbagai masalah seperti depresi dan membantu klien yang mengalami kebimbangan fobia. Tambahan pula, Terapi Kognitif telah digunakan secara meluas dan terbukti berkesan untuk mengatasi pelbagai dilema manusia.

Oleh sebab andaian asas pendekatan tingkah laku ialah kebanyakan tingkah laku bermasalah dipelajari dan berpunca daripada pembelajaran melalui kognitif dan emosi yang salah, maka masalah ini boleh diubah suai melalui pembelajaran yang baharu. Individu yang bermasalah dilibatkan dalam proses belajar bagaimana untuk membina perspektif baharu. Mereka digalakkan mencuba tingkah laku, kognisi dan emosi baharu yang sesuai. Masalah tingkah laku berkemungkinan juga timbul kerana kekurangan kemahiran, seperti tingkah laku tidak adaptif atau strategi kognitif yang tidak pernah dipelajari. Maka, penglibatan dalam kelompok akan membolehkan klien mempelajari dan menguasai pelbagai kemahiran sosial. Banyak teknik yang digunakan dalam kelompok dengan pelbagai orientasi. Dalam terapi kelompok ini penekanan diberikan kepada nilai dalaman yang diterapkan melalui proses pembelajaran.

Lantaran itu semasa melihat sesuatu masalah tingkah laku, Pendekatan Kognitif Tingkah laku tidak melihat kepada simptom masalah itu, tetapi melihat tingkah laku

bermasalah yang diperlihatkan oleh klien. Pendekatan ini menyatakan bahawa kejayaan membetulkan pemikiran salah klien akan seterusnya menyelesaikan masalah tingkah laku klien. Ekoran itu masalah baharu tidak seharusnya timbul lagi. Pendekatan ini menekankan klien perlu mencapai kefahaman tentang masalahnya sebagai prasyarat bagi penyelesaian masalah tersebut. Perubahan tingkah laku terjadi berasaskan kefahaman seseorang itu terhadap diri sendiri, dan apabila perubahan tingkah laku terjadi, keadaan ini akan seterusnya meningkatkan kefahaman diri sendiri.

Lazarus (1977a) ketika membincangkan Terapi Kognitif Tingkah laku atau Terapi Kognitif mengatakan terapi ini menggunakan skop teknik dan strategi yang luas. Teknik dan strategi dalam terapi kognitif merangkumi teknik tradisional seperti Terapi Tingkah laku serta teknik yang dipunyai oleh sistem terapeutik yang lain. Sebagai contohnya pengamal Kognitif Tingkah laku yang eklektik mungkin menggunakan kombinasi teknik di bawah rubrik kognitif seperti desentisasi sistematik dengan *reciprocal inhibition*, mental dan imageri emotif, terapi relaksasi, *cognitive modelling*, *thought stopping*, penstrukturan semula kognitif, *eye movement* desentisasi, dan *reprocessing (EMDR)*, *stress inoculation*, meditasi, *biofeedback*, raptai kognitif, terapi impulsif, *flooding* dan *satiation*, *aversion*, teknik *hypnosuggestive* dan program neurolinguistik.

Pendekatan Kognitif Tingkah Laku melihat kepentingan interaksi antara aspek kognitif, emosi, dan tingkah laku dalam diri seseorang. Apabila seseorang itu dalam kebimbangan sudah tentu kebimbangan ini bukan sahaja memberi kesan kepada aspek emosi tetapi juga terhadap aspek kognitif, fisiologi, emosi, dan juga tingkah laku. Keseluruhan komponen kebimbangan ini saling berinteraksi dan saling mempengaruhi untuk membentuk satu putaran seperti tertera dalam Rajah 2.4.

Interaksi ketiga-tiga komponen ini dapat dilihat misalnya apabila seseorang itu berada dalam bahaya, sistem dalam badan akan membentuk satu mekanisme untuk membantu mengatasi ancaman tersebut. Sistem ini dipanggil tindakbalas *fight or flight* iaitu di mana otak akan mengenal pasti bentuk ancaman. Badan pula akan menggerakkan sistem yang lain (seperti otot menjadi tegang, peningkatan denyut jantung dan tekanan darah) bagi mendepani (*fight*) ancaman tersebut atau mengelak (*flight*). Walaupun sesetengah situasi, sistem *fight or flight* membantu tetapi tidak dalam situasi sosial atau semasa bergaul dengan orang lain. Misalnya kebangkitan fisiologi yang berlebihan seperti denyutan jantung yang kencang mengganggu seseorang itu dalam sesuatu situasi sosial.

Mengikut Pendekatan Kognitif Tingkah Laku gangguan emosi bermula apabila seseorang itu melihat sesuatu peristiwa dan membesarkan peristiwa tersebut melampaui bukti yang ada sehingga memberikan kesan negatif terhadap emosi dan tingkah lakunya sehingga membentuk satu lingkaran. Asas konseptualisasi Pendekatan Kognitif Tingkah Laku bertujuan untuk mengenal pasti dan memfokuskan makna yang diberikan terhadap sesuatu situasi, emosi atau biologi yang dinyatakan sebagai satu bentuk pemikiran dan kepercayaan. Cara seseorang itu bertindak laku dan perkara yang dilakukannya sebagai tindak balas kepada pemikiran dan kepercayaan tidak boleh tidak akan mengekalkan masalah tersebut. Ini bermakna cara seseorang itu berfikir akan mempengaruhi cara dia bertindak.

Rawatan kognitif tingkah laku bagi kebimbangan sosial akan dibina setelah mengetahui apakah proses yang biasanya berlaku, yang mencegah perubahan kognitif seseorang yang mengalami kebimbangan sosial. Prosedur yang diambil adalah untuk menukar proses yang dikekalkan berdasarkan kepada model kebimbangan sosial. Oleh sebab model kebimbangan sosial terlalu memberikan penekanan terhadap perhatian fokus sendiri,

penilaian sendiri negatif dan tingkah laku mengelak maka rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku memberikan penekanan kepada cara untuk menukar ciri-ciri proses kebimbangan sosial tersebut dan menstruktur semula strategi pembentukan kebimbangan sosial serta cuba memaksimumkan peluang-peluang untuk tidak mengesahkan kepercayaan negatif seseorang dengan memberikan perhatian secara langsung terhadap situasi sosial berbanding dengan perhatian terhadap diri sendiri. Kesimpulannya prosedur rawatan memberikan fokus kepada:

- i. membina perhubungan yang terapeutik.

Kebimbangan sosial dikaitkan dengan pembinaan perhubungan yang bermasalah. Membina perhubungan yang terapeutik merupakan satu cara mengurangi kebimbangan melalui interaksi sosial. Malah terapi itu sendiri merupakan interaksi sosial. Oleh sebab itu pada awal sesi rawatan, klien akan bertingkah laku yang sama sebagaimana mereka bertingkah laku dalam situasi sosial yang lain terutama menunjukkan tingkah laku mengelak seperti tidak berminat, pasif, dan sebagainya. Oleh yang demikian pembinaan hubungan yang terapeutik amat penting.

- ii. mengubah asas idiosentrik seseorang
- iii. memanipulasi perhatian fokus sendiri dan tingkah laku mengelak
- iv. mengubah perhatian dan *interrogate* situasi sosial

Andaian asas Pendekatan Kognitif Tingkah laku ialah tingkah laku, pemikiran, dan emosi yang bermasalah telah dipelajari. Oleh itu pembelajaran yang baharu perlu untuk memodifikasi tingkah laku, pemikiran, dan emosi tersebut. Proses inilah yang dikenali sebagai terapi dan komponen penting dalam proses tersebut ialah proses pendidikan.

Terapi Kognitif Tingkah laku mencadangkan bahawa emosi dan perlakuan yang timbul daripada emosi tersebut ialah hasil daripada hubungan situasi tertentu, sistem kepercayaan dan persepsi positif atau negatif terhadap situasi yang dimaksudkan. Hubungan ini berbentuk dua hala (bukan linear), serta bukan sahaja berbentuk sebab dan akibat tetapi satu proses interaksi dinamik antara komponen situasi, kognitif, afektif dan perlakuan individu. Oleh itu intervensi yang efektif bergantung kepada kesedaran kaunselor tentang situasi, bagaimana situasi ini mempengaruhi (atau dipengaruhi) oleh sistem kepercayaan, kebolehan kaunselor mengenal pasti hubungan antara sistem kepercayaan dengan proses kognitif remaja tersebut, dan bagaimana konsep ini diterjemahkan dalam bentuk strategi yang akan dapat membantu proses intervensi. Kesimpulannya fokus terapi Kognitif Tingkah laku adalah untuk menterjemahkan pengalaman mereka dan bagaimana pemikiran ini mempengaruhi emosi dan perlakuan mereka.

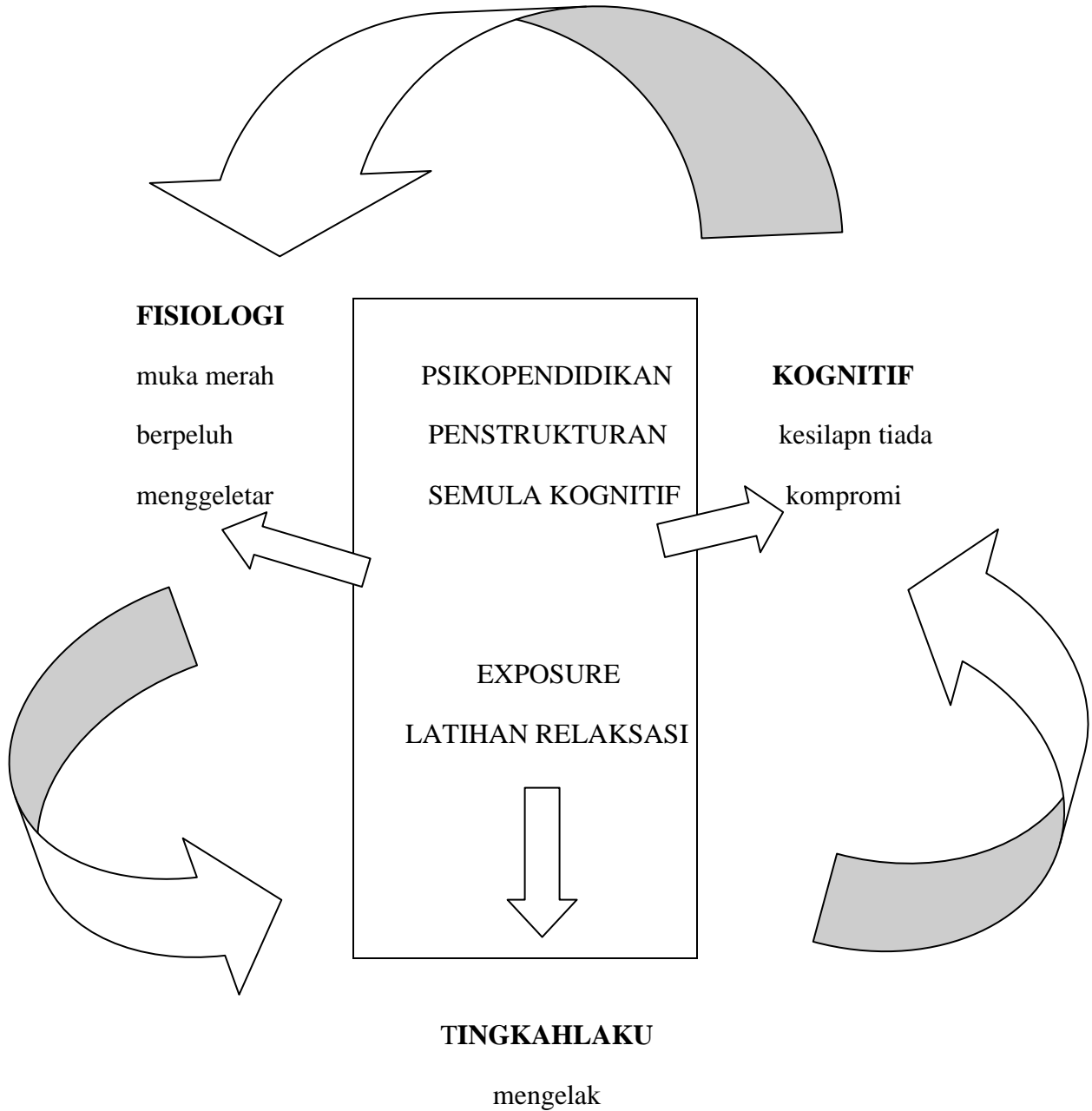
Pendekatan Kognitif Tingkah Laku yang mewakili dua perspektif yang interaktif kognitif dan perlakuan membantu kaunselor memahami kanak-kanak atau remaja dan membentuk program intervensi yang sesuai untuk masalah yang dikenal pasti. Komponen perlakuan boleh dilihat melalui dua cara iaitu pengaruh persekitaran atau kekurangan/kelemahan dan kemahiran. Daripada perspektif kognitif, terdapat dua aspek yang perlu diberikan perhatian iaitu kepesongan kognitif (kesilapan dalam pemikiran yang menyebabkan individu menyalah ertikan situasi atau kejadian tertentu yang boleh membawa kepada tekanan/stres) dan kekurangan kognitif (murid-murid kurang berkebolehan untuk membuat proses kognitif, maka kaunselor perlu membantu mereka menguasai kemahiran baharu dari segi kognitif dan perlakuan).

Pemikiran seseorang yang tidak berfungsi adalah disebabkan oleh kesilapan berfikir (*thinking error*) yang berlaku daripada pemikiran automatiknya. Christner, Mennuti, dan Stewart-Allen (2004) telah membincangkan beberapa kesilapan berfikir. Di antaranya ialah:

- i. **Pemikiran Dikotomous.** Pemikiran ini melihat sesuatu situasi hanya dalam dua kategori sahaja. Sesuatu perkara dilihat sama ada putih atau hitam sahaja. Satu kategori mewakili amat baik, berjaya, bijak atau menarik, dan satu kategori lagi mewakili keadaan yang teruk, kegagalan, kebodohan, dan buruk. Biasanya kategori yang baik sangat kecil dan sukar diperoleh. Sebaliknya kategori yang buruk amat besar dan sangat mudah bagi seseorang berada di dalamnya. Ini bermakna sekiranya seseorang itu mempunyai pemikiran yang dikotomous bagi menggambarkan kejayaan dan kegagalan, ini bermakna peluang untuk gagal adalah lebih besar dari peluang untuk berjaya. Oleh itu, tiada yang hanya *okay* atau sebahagian sahaja berjaya kerana segalanya dilihat hanya terhad sama ada putih atau hitam.
- ii. **Membuat generalisasi,** iaitu pelajar melihat situasi semasa sebagai sesuatu yang boleh diaplikasikan dalam seluruh kehidupan. Contohnya, saya gagal subjek Sains, maka saya akan gagal di kolej.
- iii. **Membaca fikiran** iaitu murid-murid percaya bahawa orang lain berfikir sesuatu tentang mereka tanpa bukti. Contohnya, saya tahu Encik M marah kepada saya.
- iv. *Emotional reasoning* iaitu murid-murid menganggap reaksi emosi mereka menggambarkan situasi semasa. Contoh, “semua orang tidak suka akan saya.”
- v. **Menidakkan aspek positif** (*Disqualifying the positive*) iaitu murid-murid tidak mengambil kira aspek positif yang berbeza dengan persepsi negatif mereka. Contoh, “saya lulus sebab Encik S tolong saya.”

- vi. Meramal (*Catastrophizing*) iaitu murid-murid meramalkan masa depan mereka akan negatif dan memberikan reaksi seperti sesuatu malapetaka akan berlaku. Contoh, “saya tidak perlu mencuba untuk buat tugas itu, nanti teruk jadinya.”
- vii. *Personalization* iaitu murid-murid menganggap dia ialah punca keadaan negatif yang berlaku. Contoh, “Encik F tidak senyum dengan saya, mesti saya gagal ujian semalam.”
- viii. Menggunakan pernyataan ‘patut’ (*Should statements*) iaitu murid-murid menggunakan ‘patut’ atau ‘mesti’ apabila menerangkan bagaimana mereka memberikan reaksi terhadap sesuatu. Contoh, “Saya tidak patut buat sebarang kesilapan”.
- ix. Membanding (*Comparing*) iaitu murid-murid membandingkan diri dengan orang lain. Contoh, “Berbanding dengan abang saya, kerja saya tidak bagus”.
- x. *Selective abstraction* iaitu murid-murid memberi fokus perhatian pada satu perkara yang selalunya negatif, dan menyetepikan aspek lain. Contoh, “Encik N memberikan komen negatif untuk tugas saya, mesti saya ini pelajar yang teruk.”
- xi. Melabel (*labeling*) iaitu melabelkan diri secara am berbanding dengan fokus kepada perlakuan tertentu. Contoh, “Saya ni pemalas.”

Kesimpulannya dapat dirumuskan bahawa matlamat akhir Terapi Kognitif Tingkah laku adalah untuk menjadikan seseorang itu lebih baik dengan mengubah pemikirannya. Hal ini dapat dilakukan dengan mengenal pasti pemikiran yang *bias*. Walaupun diintegrasikan dengan kaedah tingkah laku, keadaan ini juga seolah-olah dapat berlaku dengan hanya mengubah pemikiran seseorang. Ini jelas ditunjukkan pada Rajah 2.4.



Rajah 2.4. Model Kognitif Tingkah laku pengekaln kebimbangan dan cara untuk merawatnya.

Mengikut See (2009), Terapi Kognitif Tingkah laku merupakan satu pendekatan yang mudah dan telah pun dibuktikan kekuatan dan keberkesanannya. Kelebihan terapi ini ialah mudah digunakan, kadar kejayaan yang tinggi, terdapat banyak latihan, dan bahan bacaan. Ini menyebabkan pendekatan ini tersebar luas dan popular digunakan dalam kalangan ahli profesional. Malah Terapi Kognitif Tingkah Laku berbentuk singkat (*brief*) dan klien biasanya mengalami perubahan dalam masa yang singkat dan kemajuan yang dicapai dapat bertahan lama.

See (2009) juga menjelaskan Terapi Kognitif Tingkah Laku mengandungi dua bentuk rawatan yang efektif, iaitu Terapi Kognitif dan Terapi Tingkah laku. Terapi Kognitif merupakan suatu pendekatan penyelesaian masalah psikologi. Terapi ini juga merupakan kaedah yang dapat mengenal pasti pemikiran yang menghasilkan perasaan negatif atau perasaan yang menyakitkan dan mengakibatkan tingkah laku yang tidak adaptif. Terapi Kognitif Tingkah laku menekankan pemikiran, perasaan, dan tindakan dalam proses terapi. Oleh itu. Terapi Kognitif bermula dengan mengenal pasti pemikiran negatif klien dan seterusnya membantu klien mengubah pemikirannya seperti pemikiran automatik, sangkaan, dan kepercayaan (*core belief*).

See (2009), turut menyenaraikan ciri-ciri Terapi Kognitif Tingkah Laku. Antaranya termasuk:

1. Terapi Kognitif Tingkah laku berdasarkan Model Kognitif dalam respons emosi

Terapi Kognitif Tingkah laku berdasarkan fakta sains yang menyatakan bahawa pemikiran kitalah yang menyebabkan perasaan dan tingkah laku kita dan bukannya

faktor luaran seperti orang, situasi, dan perkara lain. Oleh itu, kita seharusnya mengubah bentuk pemikiran kita walaupun sesuatu situasi tidak akan berubah.

2. Terapi Kognitif Tingkah laku berbentuk ringkas dan untuk jangka masa pendek

Terapi Kognitif Tingkah laku amat berkesan dan kesannya dapat dilihat dalam tempoh masa yang pendek iaitu di antara 10 hingga 16 sesi. Terapi Kognitif Tingkah laku mampu membantu klien dalam masa yang singkat kerana terapi ini bersifat struktur dan menggunakan kaedah tugas di luar persekitaran kaunseling.

3. Terapi Kognitif Tingkah laku menggunakan perhubungan terapeutik yang kukuh dan kemahiran bantuan diri

Perhubungan yang positif antara kaunselor dengan klien dapat membantu klien membuat perubahan. Terapi kognitif tingkah laku mengalakan tumpuan klien untuk berubah dan belajar bagaimana berfikir secara berlainan dengan penuh kesudian dan kerelaan.

4. Terapi Kognitif Tingkah laku merupakan usaha kolaboratif antara kaunselor dengan klien

Kaunselor dalam Terapi Kognitif Tingkah laku akan cuba mengenal pasti matlamat klien dan membantu klien mencapai matlamat tersebut. Oleh itu peranan kaunselor adalah untuk mendengar, mengajar, dan memberikan galakan kepada klien, manakala peranan klien adalah untuk memberitahu masalah, belajar, dan melaksanakan cara yang diajarkan oleh kaunselor bagi menyelesaikan masalah dan mencapai matlamat yang dikehendaki.

5. Terapi Kognitif Tingkah laku berdasarkan falsafah ketenangan (*stoic philosophy*)

Menurut Terapi Kognitif Tingkah laku, apabila seseorang berhadapan dengan situasi yang tidak dikehendaki, dua perkara biasanya akan dialami, iaitu (a) masalah itu sendiri, dan (b) perasaan kemarahan, kedukacitaan atau kerisauan yang timbul akibat situasi tersebut. Terapi Kognitif Tingkah laku melatih klien untuk mengekalkan ketenangan (*stoic*) apabila berhadapan dengan situasi tersebut.

6. Terapi Kognitif Tingkah laku menggunakan Pendekatan Sokratik (*Socratic method*)

Dalam memahami masalah klien, kaunselor sentiasa menanyakan soalan. Begitu juga dengan klien, mereka juga digalakkan untuk bertanya soalan kepada diri sendiri. Misalnya, “Bagaimanakah saya tahu bahawa orang lain betul-betul mengetawakan saya?”, “Adakah mereka ketawa kerana hal lain?”

7. Terapi Kognitif Tingkah laku bersifat struktur dan terarah

Terapi Kognitif Tingkah laku bersifat struktur dan berfokus demi membantu klien mencapai matlamat yang telah ditetapkan. Oleh itu untuk setiap sesi kaunselor mempunyai agenda, teknik dan konsep yang spesifik. Kaunselor dalam hal ini tidak memberitahu klien apa yang perlu dilakukan tetapi sebaliknya mengajar klien bagaimana untuk melakukannya.

8. Terapi Kognitif Tingkah laku berdasarkan model pendidikan

Terapi Kognitif Tingkah laku berasaskan andaian saintifik iaitu kebanyakan reaksi emosi dan tingkah laku dipelajari. Oleh itu, matlamat terapi adalah untuk membantu klien menyingkirkan (*unlearn*) reaksi yang tidak dikehendaki dan mempelajari cara

reaksi yang baharu. Model pendidikan Terapi Kognitif Tingkah laku menitikberatkan bahawa apabila seseorang memahami bagaimana dan mengapa mereka membuat sesuatu yang membawa keadaan yang baik, mereka akan terus melakukannya untuk mengekalkan keadaan tersebut.

9. Teori dan teknik Terapi Kognitif Tingkah laku bergantung kepada Pendekatan Induktif

Aspek penting pemikiran rasional adalah berasaskan realiti (fakta) dan bukannya andaian atau jangkaan. Kita selalu berasa sedih terhadap sesuatu kerana kita menjangkakan sesuatu. Sekiranya seseorang itu menyedari dan mengakui bahawa dengan hanya menjangkakan dan membuat andaian tentang sesuatu situasi, keadaan ini akan memberi kesan pada dirinya, dengan menyedari perkara ini, dia tidak mungkin mengalami kerisauan. Oleh yang demikian Pendekatan Induktif digunakan untuk menyoal dan menguji pemikiran seseorang. Sekiranya seseorang itu mendapati bahawa pemikiran mereka tidak berasaskan fakta yang telah dikumpulkan, maka pemikiran dan perasaan tersebut perlu diubah suai.

10. Tugas rumah merupakan ciri utama Terapi Kognitif Tingkah laku.

Tugas rumah merupakan ciri utama Terapi Kognitif Tingkah laku. Kaunselor akan memperuntukkan tugas bacaan dan tugas kerja bagi menggalakkan klien terus mempraktikkan teknik yang mereka telah pelajari di luar sesi kaunseling.

Secara ringkas dapat dikatakan bahawa Pendekatan Kognitif Tingkah laku membantu klien mengubah mood dan tingkah laku seseorang dengan mempengaruhi pola pemikirannya. See (2009) seterusnya menjelaskan tujuan Terapi Kognitif Tingkah laku adalah untuk:

- i. mengenal pasti kejadian yang memberikan reaksi yang membawa ketidakseimbangan dalam diri seseorang.
- ii. mengenali dan memantau gangguan kognitif yang muncul dalam sesuatu peristiwa atau kejadian
- iii. mengubah cara pemikiran semasa menginterpretasi dan menilai kejadian
- iv. mengubah tingkah laku untuk menangani kejadian atau peristiwa.

Oleh sebab kebimbangan sosial mempunyai tiga komponen, iaitu kognitif, fisiologi dan juga tingkah laku maka ketiga-tiga komponen ini perlu diambil kira semasa memberikan rawatan. Pemberian rawatan dapat mengubah pemikiran termasuk mengubah kepercayaan dan jangkaan yang tidak berfungsi kepada pandangan tentang diri sendiri, orang lain, dan dunianya. Kebangkitan fisiologi yang berlebihan dalam situasi yang menakutkan perlu dikurangkan. Perubahan tingkah laku pula perlu melibatkan peningkatan penampilan dalam sesuatu situasi sosial (sekiranya penampilan yang lemah merupakan masalah) dan menghapuskan ketakutan kepada situasi dan orang. Oleh itu, rawatan perlu memberikan fokus kepada tiga komponen tersebut. Antara komponen rawatan yang biasa diambil kira termasuklah memberikan pendidikan kepada klien (psikopendidikan), membuat pendedahan (*exposure*), penstrukturan semula kognitif dan latihan relaks.

2.5.1 *Exposure* (Pendedahan)

Exposure merujuk kepada pendedahan sesuatu situasi atau perkara dan mendepani sesuatu perkara atau situasi dengan melakukan perkara-perkara yang menyebabkan seseorang itu bimbang atau takut. Pepatah ada menyebut, untuk mengatasi sesuatu yang menakutkan seseorang itu perlu berdepan dengan perkara tersebut. Matlamat utama pendedahan ini adalah untuk menjadikan seseorang itu lebih selesa dengan sesuatu perkara atau situasi yang menyebabkan kebimbangan iaitu dengan memasuki atau mengalami situasi tersebut yang selama ini cuba dielakkan.

Exposure dapat mengatasi kebimbangan sosial dengan tiga cara. Pertama, selama seseorang itu berada di dalam sesuatu situasi yang menakutkan simptom-simptom fizikal akan *habituate*. Contohnya, seseorang itu mungkin merasakan seolah-olah lutut bergoyang dan denyutan jantung bergerak pantas tanpa henti. Bagaimanapun perkara ini tidak menjadi masalah. *Habituation* ialah satu proses badan yang normal di mana kebangkitan fisiologi akan hilang dan menurun mengikut masa. *Habituation* juga akan berlaku dengan pengulangan berada dalam situasi tersebut dan lama-kelamaan kebimbangan akan semakin berkurangan atau hilang. Kedua, *exposure* dapat membantu mengurangkan kebimbangan kerana seseorang melakukan latihan seperti yang sepatutnya seseorang itu lakukan. Kerap kali seseorang itu mengelak daripada melakukan perkara-perkara yang mendatangkan kebimbangan dan tidak melatih diri untuk memperkatakan perkara yang diingini atau dilakukan dalam sesuatu situasi yang mendatangkan kebimbangan kepada mereka. Melalui *exposure* seseorang dilatih untuk menguasai kemahiran-kemahiran bertingkah laku seperti memberikan ucapan, menjadi asertif, berbual di antara jantina yang berlainan dalam keadaan yang selamat. Akhir sekali *exposure* atau pendedahan dapat membantu kerana latihan ini

membolehkan seseorang itu menguji realiti dan asas kebenaran kepercayaan yang tidak berfungsi. Sebagai contoh, sekiranya seseorang itu terlalu percaya bahawa dia tidak seharusnya sedikit pun kelihatan bimbang, maka dengan *exposure* seseorang itu dapat menentukan sejauh mana dia kelihatan bimbang apabila menerima maklum balas daripada orang lain. Aktiviti *exposure* akan dapat membantu seseorang itu melihat maklum balas orang lain sama ada dia benar-benar bimbang atau tidak kelihatan bimbang.

2.5.2 Psikopendidikan (*Psychoeducation*)

Psikopendidikan merupakan komponen rawatan dalam Terapi Kognitif Tingkah laku. Komponen ini merupakan satu perkongsian maklumat antara kaunselor dengan klien tentang keseimbangan sosial, bagaimana terbentuk, kesan dan implikasi sekiranya tidak dibendung serta cara kaunselor boleh membantu klien mengatasi masalah ini. Oleh itu, psikopendidikan boleh dilihat juga sebagai proses pembelajaran yang dikongsi bersama klien dan kaunselor. Di samping mendidik klien tentang bagaimana keseimbangan sosial terjadi dan cara merawatnya, klien juga harus dilibatkan bagi mengingatkan klien bahawa mereka merupakan bahagian yang paling penting dalam rawatan. Hal ini demikian kerana apabila mereka merasakan peranan mereka dalam rawatan adalah penting, maka mereka akan lebih bermotivasi untuk bersama-sama menangani masalah yang dihadapi.

Selain itu, apabila klien berkongsi pengalaman, kaunselor juga berpeluang untuk menstabilkan pengalaman ini dengan memberitahu klien tentang kadar sebaran masalah tersebut. Sehubungan dengan hal ini, masih banyak orang yang menghadapi masalah yang sama. Klien biasanya akan berasa takjub apabila mendengar bahwa orang lain juga

mengalami perkara yang sama. Keadaan ini juga akan meningkatkan rapo atau hubungan klien dan kaunselor.

Psikopendidikan juga memberikan peluang kepada klien dan kaunselor untuk berbincang bagaimana masalah kebimbangan sosial mengganggu kefungsiannya mereka. Ini juga dapat mengukuhkan hubungan antara klien dengan kaunselor kerana klien akan merasakan kaunselor memahaminya. Dengan mengajak klien untuk sama-sama melihat kehidupan akan memperbaiki keadaan, dan membantu memotivasikan klien yang masih ragu-ragu untuk menjalani rawatan. Malah sesi psikopendidikan juga merupakan cara interaksi yang tidak mengancam.

Kandungan sesi psikopendidikan bergantung kepada masalah yang dihadapi klien. Walau apa pun masalah yang dihadapinya, namun fungsi psikopendidikan adalah sama, iaitu untuk membolehkan klien bersama-sama memahami dan merawat masalah tersebut. Cara terbaik untuk menerangkan bagaimana sesuatu masalah terjadi adalah dengan menunjukkannya kepada klien secara gambar rajah. Sebagai contoh, bagaimana Model Kognitif Tingkah laku yang berkaitan dengan kebimbangan sosial mempunyai tiga komponen iaitu kognitif, fisiologi dan tingkah laku seperti tertera dalam Rajah 2.1. Apabila model tersebut telah diperkenalkan, perbincangan selanjutnya boleh diteruskan dengan memperkenalkan rawatan-rawatan tertentu seperti penstrukturan kognitif yang sesuai bagi setiap komponen masalah. Perbincangan ini akan membantu klien lebih mematuhi strategi rawatan apabila mereka memahami sebab rawatan tertentu digunakan. Di samping menerangkan model tentang pengekalan dan rawatan masalah, maklumat lain juga boleh dikongsi semasa sesi psikopendidikan. Antara maklumat lain yang boleh dikongsi termasuklah pada umur berapa bermula, perbezaan dari segi jantina dan sebagainya.

2.5.3 Penstrukturan Semula Kognitif

Penstrukturan semula kognitif merupakan satu set prosedur yang membolehkan seseorang itu mencabar pemikiran yang tidak berfungsi dengan menganalisis perkara yang seseorang itu katakan kepada diri sendiri secara sistematik apabila berada dalam keadaan bimbang. Penstrukturan semula kognitif bukan bererti seseorang itu perlu menghapuskan pemikiran yang buruk dan menggantikannya dengan pemikiran yang baik atau hanya berfikir positif semata-mata. Sebaliknya penstrukturan semula kognitif mengajar seseorang itu untuk mempersoalkan kepercayaan, andaian dan jangkaan sama ada kepercayaan, jangkaan dan andaian ini berasas dan membantu. Penstrukturan semula kognitif merupakan satu proses untuk mengenal pasti dan menilai pemikiran seseorang, memahami impak pemikiran tertentu terhadap pembentukan tingkah laku negatif serta belajar mengubah pemikiran tersebut kepada yang lebih realistik dan bersesuaian.

Walaupun penstrukturan semula kognitif mensasarkan ketidakseimbangan sosial daripada komponen kognitif tetapi secara tidak langsung penstrukturan ini juga membantu komponen fisiologi dan juga tingkah laku. Seperti yang diketahui, kebangkitan fisiologi merupakan reaksi normal kepada sesuatu situasi yang dianggap mengancam. Melalui penstrukturan semula kognitif, seseorang itu dapat belajar untuk menilai sesuatu situasi yang mengancam secara lebih realistik yang akhirnya akan dapat membantu mengurangi simptom fizikal. Penstrukturan semula kognitif dapat membantu komponen tingkah laku dengan dua cara. Pertama, apabila pemikiran seseorang kurang ketidakfungsian, dia akan mempunyai lebih keupayaan mental untuk memfokuskan situasi yang dihadapi berbanding dengan memberikan fokus kepada ketidakseimbangan yang dirasainya. Kedua, dengan mengubah kepercayaan yang tidak berfungsi dapat membantu mengurangkan pengelakan dan memberikan peluang untuk

memperoleh pengalaman yang lebih positif. Apabila seseorang itu dapat menilai dirinya secara lebih realistik, maka dia dengan sendirinya akan menukarkan kepercayaan yang tidak berfungsi kepada yang lebih baik.

Kajian menunjukkan remaja dan kanak-kanak yang mempamerkan sesuatu emosi dan tingkah laku mempunyai pelbagai bentuk pemikiran negatif tentang diri mereka. Melalui Pendekatan Kognitif Tingkah laku klien akan menghapuskan pemikiran negatif dengan mengenal pasti dan menguji pemikiran yang tidak adaptif ini. Kaedah penstrukturan semula kognitif dibentuk untuk menggambarkan pemikiran negatif pada diri klien termasuk jangkaan, kepercayaan, dan kenyataan sendiri. Dengan menggunakan teknik ini kaunselor akan membantu klien menyedari bahawa kenyataan sendiri, jangkaan dan kepercayaan yang ada tidak membantu dirinya, kehidupan dan masa depannya. Bagaimanapun melalui teknik ini kaunselor akan dan cuba membantu klien melihat kaitan bagaimana pemikiran negatif ini dapat mempengaruhi emosi seseorang. Melalui teknik ini klien dan kaunselor akan sama-sama mengenal pasti dan membentuk pemikiran yang lebih adaptif.

2.5.4 Latihan relaks

Latihan relaksasi merupakan latihan pernafasan untuk mengurangkan kebimbangan dan tekanan. Pernafasan mendalam dan perlahan daripada diafragma merangsang keadaan relaks dan kesan fisiologi apabila seseorang itu mengalami kebimbangan. Melatih sistem pernafasan merupakan satu daripada strategi umum untuk mengurangkan kebimbangan.

2.6 Rumusan

Pendekatan Kognitif Tingkah laku secara kumpulan semakin popular kerana pendekatan ini memberikan penekanan kepada mengajar klien tentang kemahiran mengurus diri sendiri dan menstruktur pemikirannya semula. Dengan kemahiran ini klien dapat mengawal kehidupan mereka dengan lebih baik dan dapat mengurus segala masalah yang dihadapi dengan lebih efektif (Corey, 2008).

BAB III

TINJAUAN LITERATUR

3.1 Pendahuluan

Kajian ini bertujuan untuk mengurangkan kebimbangan sosial dalam kalangan subjek kajian dengan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok. Dalam konteks kajian ini pengkaji mengkonsepsikan kebimbangan sosial daripada Teori Kognitif Tingkah laku. Dalam bab ini pengkaji terlebih dahulu membincangkan latar belakang kebimbangan sosial. Perbincangan juga tertumpu kepada ulasan penulisan kajian yang berhubung dengan kebimbangan sosial dalam kalangan remaja, kesan negatif kebimbangan sosial, dan peranan perhatian fokus sendiri dalam pengekalan kebimbangan sosial. Perbincangan juga turut memfokuskan kepada kajian tentang penggunaan teknik dalam terapi kognitif tingkah laku. Selain itu, dalam bab ini pengkaji juga membincangkan faktor terapeutik dan kelebihan kaunseling kelompok sebagai kaedah merawat kebimbangan sosial. Akhir sekali pengkaji membincangkan keberkesanan Terapi Kognitif Tingkah laku yang dapat mengurangkan kebimbangan sosial serta kebimbangan lain di samping membuat rumusan tentang bab ini.

3.2 Latar Belakang Kajian Kebimbangan Sosial

Kebimbangan sosial merupakan perasaan takut atau pengalaman tidak selesa dalam pelbagai konteks sosial sama ada interaksi formal atau tidak formal yang lahir akibat rasa takut akan diperhatikan atau dinilai secara negatif oleh orang lain (Albano & Detweiler, 2001). Kebimbangan sosial timbul hasil daripada kehadiran atau jangkaan adanya penilaian interpersonal dalam situasi sosial yang sebenar atau yang dibayangkan seseorang. Kebimbangan sosial berlaku apabila seseorang itu terlalu mengambil berat tentang bagaimana dipersepsikan atau dinilai oleh orang lain (Schlenker & Leary, 1982). Watson dan Friend (1969) pula melihat kebimbangan sosial sebagai pengalaman tertekan, tidak selesa, takut, bimbang dan sebagainya dalam keadaan sosial. Kebimbangan sosial juga melibatkan faktor penghindaran daripada keadaan sosial yang disengajakan dan juga melibatkan perasaan takut ketika menerima penilaian negatif daripada orang lain.

Kebimbangan sosial boleh dicirikan oleh rasa bimbang atau takut terhadap penilaian negatif dan diperhatikan oleh orang lain, terutama orang yang tidak dikenali dalam sesuatu situasi sosial. Kebimbangan sosial berbeza daripada bentuk-bentuk lain kebimbangan. Dengan hanya memikirkan sesuatu situasi yang boleh mendatangkan kebimbangan, keadaan ini sudah boleh mendatangkan tekanan tanpa perlu seseorang itu berada dalam situasi yang melahirkan kebimbangan tersebut (Schlenker & Leary, 1982). Kebimbangan sosial menjadi kecelaruan kebimbangan yang paling biasa iaitu dalam anggaran 3 hingga 13 peratus masyarakat umum di Barat mengalaminya (APA, 1994). Kebimbangan sosial kerap disalah anggap sebagai malu yang melampau, kecelaruan

tingkah laku mengelak (*avoidant personality disorder*) atau sebagai agrophobia (Liebowitz 1991).

Banyak kajian telah cuba melihat masa atau tahap usia bermulanya kebimbangan sosial. Walaupun terdapat beberapa pengkaji menjalankan kajian terhadap kanak-kanak (Thompson & Limber, 1990), namun kebanyakan kajian tersebut memberikan fokus kepada kanak-kanak sekitar usia lima tahun. Kebanyakan pengkaji percaya hasil daripada kajian terhadap kanak-kanak tersebut adalah mengelirukan kerana kebanyakan kanak-kanak selalunya takut terhadap objek dan benda-benda baharu secara umum, selain bertemu dan berinteraksi dengan seseorang yang asing baginya (Greenberg & Marvin, 1982). Selain itu, kajian yang dijalankan sebelum seseorang kanak-kanak berasa bimbang tentang bagaimana dirinya dinilai oleh orang lain, kanak-kanak tersebut terlebih dahulu perlu mempunyai *a sense of self* dan keupayaan untuk melihat perspektif orang lain. Oleh itu kebimbangan sosial tidak akan wujud sebelum usia kanak-kanak mencapai lima tahun kerana kanak-kanak sebelum usia tersebut tidak mampu untuk melihat sesuatu daripada perspektif orang lain. Bermula dari usia lima tahun dan seterusnya, kebimbangan sosial berlaku dan meningkat sehingga remaja (Khashani et al., 1989).

Fobia sosial akan terjadi apabila kebimbangan sosial menjadi lebih serius. Kebanyakan orang mengalami kebimbangan sosial apabila berada dalam sesuatu situasi yang baharu. Terdapat juga individu yang mengalami kebimbangan sosial dalam semua situasi walaupun situasi tersebut sudah biasa. Sesetengah individu pula hanya mengalami kebimbangan dalam situasi tertentu sahaja. Sebenarnya kebimbangan sosial dialami oleh setiap orang dalam kehidupan seharian tetapi darjah kebimbangan ini berbeza bergantung kepada individu tersebut. Kebimbangan sosial yang biasa mungkin tidak akan

mengganggu seseorang itu, tetapi tahap kebimbangan sosial yang tinggi boleh mengganggu kefungsi sosial atau pekerjaan seseorang. Albano dan Detweiler (2001) menjelaskan bahawa kebimbangan sosial boleh dilihat sebagai satu kontinum dari segi keseriusan simptom, ketidakfungsi, dan sebarannya. Pada satu penghujung kontinum keadaan ini adalah kelihatan normal, namun kebimbangan sosial terjadi apabila berada dalam sesuatu situasi sosial yang baharu. Bagaimanapun, keadaan akan hilang dengan cepat apabila sudah biasa dengan situasi tersebut. Namun kadar gangguan kebimbangan boleh berubah, iaitu kebimbangan yang sederhana boleh menjadi serius dan menjurus kepada risiko bunuh diri, kemurungan, depresi serta boleh memberikan kesan gangguan sosial dan pekerjaan. Kebimbangan sosial yang melampau juga akan menyebabkan seseorang itu akan mengelak daripada situasi sosial tersebut (Henderson & Zimbardo, 2001, dalam Hofmann & DiBartolo, 2001).

Kebimbangan sosial biasanya dilihat sebagai tiga konstruk yang mengandungi simptom fisiologikal, kognitif, dan tingkah laku (Albano & Detweiler, 2001). Simptom fisiologi termasuk perkara-perkara seperti berpeluh, kadar denyutan jantung meningkat, pipi menjadi merah dan *respiration* (Velting & Albano, 2001). Sehingga kini kajian yang melihat perbezaan sebenar tahap kebangkitan fisiologikal antara individu yang bimbang dengan individu yang tidak mempunyai kebimbangan adalah sama. Perbezaan ini wujud mungkin kerana individu yang mempunyai kebimbangan sosial terlalu sensitif kepada reaktiviti fisiologi dan mentafsirkan perubahan pada badan sebagai bermasalah. Dengan perkataan lain, mungkin tiada perbezaan antara individu yang mempunyai kebimbangan dengan yang tidak mempunyai kebimbangan sosial dari segi peningkatan sebenar kadar denyutan jantung atau ukuran fizikal yang lain kesan daripada situasi yang

membangkitkan kebimbangan, tetapi perbezaannya adalah dari segi kebangkitan yang dilihat (Biedel, Turner, & Dancu, 1985). Individu yang mempunyai kebimbangan sosial mungkin mentafsirkan peningkatan dalam reaktiviti fisiologi sebagai isyarat kebimbangan, manakala individu yang tidak ada kebimbangan sosial tidak mengambil perubahan tersebut sebagai sesuatu yang penting atau signifikan.

Komponen kognitif kebimbangan sosial pula termasuk perasaan takut kepada penilaian negatif, pemikiran negatif yang berkaitan dengan penampilan seseorang dalam sesebuah situasi sosial dan hasil yang dijangkakan daripada pertemuan sosial tersebut. Chansky dan Kendall (1997) membandingkan 47 kanak-kanak yang mengalami kecelaruan kebimbangan dan 31 orang kanak-kanak yang normal (umur antara 9-15 tahun) dari segi jangkaan sosial dan pemikiran yang berkaitan. Dengan menggunakan paradigm partisipan telah ditunjukkan tayangan video, kanak-kanak yang bermain di bilik sebelah yang akan bersama-sama dengan mereka nanti, Chansky dan Kendall mendapati kanak-kanak yang mempunyai masalah kebimbangan (AD) mempunyai lebih jangkaan sosial negatif berbanding dengan rakan-rakannya yang normal. Selain itu kanak-kanak AD menilai diri mereka sebagai kurang kompetensi sosial dan lebih kebimbangan sosial dibanding dengan kumpulan kawalan.

Selain kajian Chansky dan Kendall (1997), maklumat tentang pemikiran yang berkaitan dengan kebimbangan sosial boleh juga didapati daripada kajian yang dijalankan ke atas orang dewasa. Sebagai contoh, Beidel et al. (1985) mendapati orang dewasa yang mempunyai kebimbangan sosial memiliki sedikit pemikiran positif dan lebih pemikiran negatif semasa berada dalam situasi yang menimbulkan kebimbangan jika dibandingkan dengan orang dewasa yang tiada kebimbangan sosial. Perbezaan ini diperolehi melalui

tiga main peranan, iaitu interaksi sesama jantina, interaksi dengan jantina yang berlainan, dan memberikan ucapan spontan. Pemikiran mereka telah dinilai sebaik sahaja partisipan menamatkan setiap aktiviti main peranan dengan menggunakan *thought endowment questionnaire*. Beberapa kemungkinan pemikiran diberikan dan partisipan menilai darjah sejauh mana mereka mengalami pemikiran tersebut dengan menggunakan lima poin skala Likert. Hasil daripada kajian ini menunjukkan individu yang mempunyai kebimbangan sosial tidak menggunakan kenyataan menangani yang berkesan (*coping statement*) berbanding dengan individu yang tiada kebimbangan sosial. Malah mereka cenderung untuk memfokuskan kelemahan penampilan mereka atau apa-apa tanda saran negatif yang menunjukkan kelemahan mereka dan bukannya hasil daripada situasi tersebut.

Komponen ketiga kebimbangan sosial merupakan simptom tingkah laku yang terjadi semasa berada dalam sesuatu situasi yang mendatangkan kebimbangan. Antara contoh simptom tingkah laku termasuklah gagap, gelisah, kontak mata yang kurang, dan terketar-ketar apabila bercakap. Lebih serius lagi ialah sifat mengelak daripada situasi yang menimbulkan kebimbangan. Individu yang mengalami kebimbangan sosial juga cuba mengelakkan situasi yang mewujudkan kebimbangan bagi mengurangkan kebimbangan mereka. Apabila kebimbangan dapat dikurangkan, pengelakan mereka ini telah diteguhkan secara negatif dan mereka akan berterusan mengelak situasi yang mendatangkan kebimbangan. Akibatnya individu yang mempunyai kebimbangan sosial tidak akan pernah belajar untuk menangani kebimbangan mereka dan keadaan ini akan menjadi lebih buruk (Hofmann, 1999). Mengikut Smith dan Inderbitzen-Nolan (2004) antara contoh yang cuba dielak oleh remaja ialah pertanyaan kepada guru, memberikan laporan secara oral atau membaca kuat di hadapan orang lain, memulakan sesebuah

perbualan, bercakap dengan orang yang tidak dikenali atau bercakap dengan orang yang lebih dewasa.

Secara umum terdapat dua jenis kebimbangan sosial iaitu yang umum dan yang spesifik dan lebih kurang 80 peratus kebimbangan sosial termasuk dalam kategori umum (Ballenger et al., 1998). Setiap jenis kebimbangan ini dibezakan berdasarkan bilangan situasi sosial yang menimbulkan kebimbangan dan intensiti kebimbangan sosial yang dialami. Kebimbangan umum merujuk kepada kebimbangan yang dialami dalam semua situasi sosial. Manakala kebimbangan khusus pula merujuk kepada kebimbangan yang dialami dalam satu atau dua situasi sahaja, iaitu yang mempunyai unsur penilaian seperti memberikan ucapan di khalayak ramai dan bukannya kebanyakan situasi bukan formal seperti berbual.

Terdapat lapan ciri bagi memenuhi kriteria kebimbangan sosial yang serius (American Psychiatric Association, 2000). Ciri yang pertama ialah seseorang itu mestilah menunjukkan perasaan takut kepada satu atau lebih penampilan dalam situasi sosial iaitu seseorang itu takut dirinya akan dimalukan atau diperhatikan oleh orang lain. Ciri kedua ialah situasi yang menakutkan itu mesti selalunya menyebabkan simptom kebimbangan seperti serangan panik, menangis (jika kanak-kanak), terkejut dan melarikan diri daripada orang lain. Ciri ketiga ialah kebimbangan kepada situasi sosial tersebut adalah melampau dan tidak rasional. Ciri keempat situasi sosial itu cuba dielak seboleh mungkin atau mereka akan mengalami ketidakselesaan yang melampau. Ciri yang kelima menjelaskan mereka yang di bawah usia 18 tahun, kebimbangan mesti mempunyai tempoh masa sekurang-kurangnya 6 bulan untuk memastikan bahawa kebimbangan yang dialami bukan pengalaman transisi kepada situasi baharu tetapi sebaliknya satu patalogi yang

berpanjangan. Seterusnya, adalah seperti kecelaruan mental lain yang dapat didiagnosis, tiga lagi kriteria yang perlu dipenuhi ialah kebimbangan sosial yang dialami mengganggu kefungisian harian seseorang individu, tidak disebabkan penggunaan apa-apa ubatan dan tidak disebabkan oleh keadaan perubatan.

Jika dilihat dari segi faktor penyumbang kepada kebimbangan sosial, terdapat dua faktor yang membawa kepada kemunculan kebimbangan sosial. Faktor tersebut merupakan faktor dalaman dan juga faktor luaran atau faktor persekitaran. Faktor dalaman terdiri daripada faktor baka atau genetik, faktor pembawaan atau temperamen dan faktor kognitif manakala faktor luaran pula merangkumi faktor persekitaran, kemahiran sosial dan pengalaman tertentu. Faktor baka atau faktor genetik memainkan peranan yang signifikan dalam pembentukan kebimbangan sosial. Analisis meta daripada kajian terhadap pasangan kembar mendapati faktor genetik menyumbang lebih kurang 0.65 peratus varian kepada kebimbangan sosial (Beatty, Heisel, Levine, & La France, 2002) manakala Albano dan Detweiller (2001) serta Ollendick dan Hirshfield-Becker (2002) menganggarkan faktor genetik menyumbang 0.4 hingga 0.5 peratus varian kepada kebimbangan sosial. Begitu juga kajian oleh Kendler, Myers, Prescott, dan Neale (2001) terhadap 1198 pasangan lelaki kembar dan mendapati 13 peratus daripada varian dalam kebimbangan sosial disumbangkan oleh faktor genetik.

Terdapat juga kajian yang melihat pengaruh genetik terhadap konstruk yang berkaitan dengan kebimbangan seperti malu, takut kepada penilaian negatif dan tingkah laku tersekat (*inhibited behavior*). Stein, Jang, dan Livesley (2002) telah menjalankan kajian terhadap 437 orang pasangan kembar. Kajian mereka mendapati faktor genetik

dianggarkan menyumbang 0.48 peratus varian terhadap kebimbangan dan ketakutan kepada penilaian negatif oleh orang lain.

Gaya pembawaan atau temperamen tertentu semasa juga kanak-kanak juga dikatakan mempengaruhi atau menjadi petanda awal kepada kewujudan kebimbangan sosial (Rapee & Spence, 2004). Bentuk konstruk pembawaan atau temperamen yang dilabelkan sebagai ketersekatan tingkah laku (*inhibited behavior*) bagi menggambarkan reaksi tingkah laku dan emosi yang konsisten dalam sesuatu situasi baharu telah dikaji secara meluas. Misalnya Belsky dan Park (2000) mendapati kanak-kanak yang tersekat tingkah laku begitu berhati-hati, menarik diri, malu, dan tidak mesra apabila bersama-sama dengan orang yang tidak dikenali.

Neal, Edelmann, dan Glanchan (2002) pula mendapati terdapatnya persamaan dalam bentuk tingkah laku individu yang ketersekatan tingkah laku dengan individu yang mempunyai kebimbangan sosial seperti menggunakan strategi mengelak, tidak gemar menegur orang yang tidak dikenali dan pendiam. Penggunaan label lain bagi menjelaskan konstruk yang sama dengan pembawaan atau temperamen termasuklah malu, pengelakan dan ketersekatan.

Terdapat banyak kajian yang menunjukkan kanak-kanak yang mempunyai gaya pembawaan ketersekatan tingkah laku mempunyai risiko yang tinggi terhadap kebimbangan sosial pada tahap perkembangan seterusnya (Neal et al., 2002). Kajian oleh Biederman et al. (2001) dan Neal et al. (2002) mendapati kanak-kanak dan remaja yang dikenal pasti mempunyai ketersekatan tingkah laku pada awal kanak-kanak mempunyai kadar kebimbangan sosial yang tinggi. Biederman et al. (2001) seterusnya menjelaskan bahawa kebimbangan sosial yang serius secara signifikan cenderung dialami oleh kanak-

kanak yang telah mengalami ketersekatan tingkah laku (17%) berbanding dengan kanak-kanak yang tidak mengalami ketersekatan tingkah laku (5%). Malah Prior, Smart, Sanson, dan Oberklier (2002) juga mendapati kanak-kanak yang mempunyai skor yang tinggi pada sifat malu dalam beberapa peristiwa lampau mempunyai risiko empat kali ganda lebih besar berkemungkinan mengalami kebimbangan umum semasa remaja.

Di samping itu, mengikut Rapee dan Heimberg (1997) serta Leary dan Kowalski (1995) berpendapat kesilapan dalam pemikiran dan pemprosesan maklumat sosial serta sikap dan kepercayaan seseorang menjadi pencetus dan pengekal kebimbangan sosial. Kajian menunjukkan fenomena kognitif ini menjadi bukti bahawa dalam kalangan kanak-kanak kebimbangan sosial telah bermula seawal usia lapan tahun (Muris, Merckelbach, & Damsma, 2000).

Spence, Donovan, dan Brechman-Toussaint (1999) pula mengkaji pemikiran yang *bias* dan diputarbelitkan dalam kalangan sampel klinikal kanak-kanak yang mengalami kebimbangan sosial. Mereka diarahkan untuk membaca secara kuat dan membuat tugas main peranan sosial. Kanak-kanak tersebut diminta untuk menilai kualiti persembahan yang mereka jangkakan sebelum tugas bermula. Selepas tugas diselesaikan mereka dikehendaki mengingat semula pemikiran mereka berhubung dengan tugas yang telah dilakukan dengan menggunakan perantaraan video. Partisipan juga dikehendaki memberikan pengkadaran kesan positif dan negatif daripada domain-domain sosial dan bukan sosial. Kanak-kanak yang mempunyai kebimbangan sosial menunjukkan bentuk pemikiran negatif yang sama dengan orang dewasa yang mempunyai kebimbangan sosial berhubung dengan penilaian terhadap situasi sosial. Jika dibandingkan dengan rakan-rakan mereka yang tidak mempunyai kebimbangan sosial, kanak-kanak yang mempunyai

keimbangan sosial cenderung untuk menjangkakan hasil yang negatif daripada sesuatu situasi sosial, menilai keupayaan secara negatif dan menunjukkan tahap pemikiran negatif yang tinggi dalam menilai tugas sosial mereka. Kanak-kanak yang mempunyai keseimbangan sosial menilai keupayaan mereka adalah teruk sama ada dari segi bacaan secara kuat atau tugas sosial. Ini menunjukkan penilaian negatif mereka terhadap keupayaan diri sendiri sama sekali tidak berdasarkan realiti.

Kajian-kajian lampau terhadap orang dewasa yang mempunyai keseimbangan sosial juga menunjukkan kesan pengalaman-pengalaman sosial negatif semasa kanak-kanak berperanan dalam pembentukan keseimbangan sosial semasa dewasa. Orang dewasa yang mempunyai keseimbangan sosial sering mengingati semula segala kritikan, dimalukan, dibuli dan kesan-kesan sosial lain yang negatif (Hackmann, Clark, & McManus, 2000). Orang dewasa yang mempunyai keseimbangan sosial juga sering melihat betapa pentingnya dihargai secara positif oleh orang lain. Bagaimanapun dalam masa yang sama mereka cenderung untuk megandaikan orang lain secara semula jadi suka mengkritik dan cenderung membuat penilaian secara negatif (Rapee & Heimberg, 1997).

Selain faktor dalaman, faktor luaran seperti pengaruh ibu bapa juga dikatakan memainkan peranan penting dalam perkembangan keseimbangan sosial. Psikopatologi yang dialami ibu bapa mempunyai kaitan dengan stail keibubapaan yang diamalkan seperti mempunyai ciri-ciri kurang kasih sayang, penolakan, rigid, menggunakan sifat malu sebagai satu bentuk disiplin dan terlalu bimbang dengan pandangan orang lain (Ollendick & Hirsfeld-Becker, 2002). Pengalaman semasa zaman kanak-kanak bersama-sama penjaga yang mempunyai sikap dan tingkah laku tersalah suai (*maladaptive*) akan

menyebabkan kanak-kanak menjadi individu yang suka mengkritik diri dan terlampau takut kepada penilaian negatif. Selain itu, kebimbangan ibu bapa mempengaruhi kanak-kanak seperti mengurangkan interaksi sosial, kecenderungan untuk menjangka penilaian sosial negatif dan meniru kebimbangan dalam situasi sosial (Ollendick & Hirsfeld-Becker, 2002).

Pengalaman tidak diterima rakan sebaya dan dimalukan turut menyumbang kepada kebimbangan sosial. Stanberger, Turner, Biedel, dan Calhoun (1995) mendapati 44 peratus hingga 55 peratus orang dewasa yang mengalami kebimbangan sosial tidak mampu menyisihkan peristiwa tertentu yang memalukan dalam kehidupannya. Sementara 13 peratus hingga 16 peratus orang dewasa yang mempunyai kebimbangan sosial pula dilaporkan terkesan secara signifikan daripada pengalaman traumatik yang dilihatnya atau dialaminya. Di samping itu penolakan oleh rakan sebaya secara berterusan didapati meningkatkan sensitiviti akan diperhatikan oleh orang lain dan ketakutan kepada interaksi-interaksi sosial (Biedel & Turner, 1998).

3.3 Kebimbangan Sosial dalam Kalangan Remaja

Zaman remaja merupakan kemuncak kepada tahap kebimbangan sosial, dan pada masa ini juga individu yang mengalami kebimbangan sosial merasakan kebimbangan meningkat kepada tahap yang bermasalah (Scholing & Emmelkamp, 1990). Menurut Leary dan Kowalski (1995), antara punca peningkatan kebimbangan pada masa ini termasuklah remaja terpaksa menghadapi perubahan fizikal, mempunyai peranan sosial baharu dan berdepan dengan situasi yang baharu.

West (2004) telah mengkaji pengalaman kebimbangan sosial dalam kalangan remaja asli Amerika. Hasil kajian mendapati majoriti remaja dalam kajian ini mengalami simptom kebimbangan sosial. Antara simptom yang paling kerap ialah kesukaran untuk tidur, risau tentang apa yang diperkatakan orang lain, rasa malu dan pendiam apabila bersama-sama orang lain. Kajian ini menggunakan sampel yang terdiri daripada 86 orang remaja dan 67 ibu bapa. Data telah dianalisis dengan menggunakan ujian *t*, korelasi dan ujian regresi. Hasil kajian juga mendapati remaja mempunyai kebimbangan sosial dalam situasi sosial yang baharu seperti berjumpa rakan baharu, bercakap kepada mereka yang tidak dikenali dan melakukan sesuatu yang baharu di hadapan orang lain. Selain itu remaja asli Amerika didapati kurang mengalami kebimbangan sosial dalam bentuk ketakutan kepada penilaian negatif oleh orang lain dan juga kurang mengalami ketakutan secara umum (seperti berada di dalam kelompok yang besar). Manakala Hofmann (1999) yang mengkaji kebimbangan sosial dalam kalangan remaja pula mendapati hampir separuh remaja mempunyai kebimbangan dalam empat domain yang utama iaitu interaksi atau pengucapan formal, percakapan atau interaksi yang tidak formal, diperhatikan oleh orang lain dan menjadi asertif.

Berbeza dengan Fehm et al. (2005) yang telah membuat tinjauan terhadap saiz sebaran dan kesan kecelaruan kebimbangan sosial di Eropah. Berdasarkan 21 kajian komuniti dan dua kajian di pusat penjagaan, mereka mendapati sebaran kecelaruan kebimbangan sosial sepanjang jangka hayat ialah 6.6 peratus dan dalam tempoh 12 bulan sebaran kebimbangan sosial ialah 2.0 peratus. Tinjauan yang telah dijalankan juga mendapati perempuan lebih mudah mengalami kebimbangan sosial berbanding dengan lelaki. Selain itu Fehm et al. (2005) mendapati masalah kebimbangan sosial juga

menyebabkan wujudnya kesan lanjut seperti depresi dan pergantungan kepada alkohol. Malah kebimbangan sosial yang serius juga mempengaruhi kualiti hidup seseorang itu kerana masalah ini memberikan kesan negatif kepada kefungsi seseorang, hubungan kekeluargaan, perhubungan dengan orang lain, gangguan dalam bidang pekerjaan dan juga pendidikan. Selain itu Fehm et al. (2005) mendapati individu yang mengalami kebimbangan sosial juga mempunyai tahap pencapaian akademik yang rendah, gagal menamatkan persekolahan dan tiada pekerjaan.

Kajian berhubung dengan sebaran kebimbangan sosial juga telah dijalankan oleh Ruscio, Brown, Chiu, Sareen, Stein, dan Kessler (2008) di Amerika Syarikat dengan menggunakan kaedah temu bual ke atas isi rumah yang berusia 18 tahun dan ke atas. Hasil kajian mendapati sebaran kebimbangan sosial sepanjang jangka hayat adalah dalam anggaran 12 peratus dan dalam tempoh 12 bulan adalah dalam anggaran 7.1 peratus. Mereka juga mendapati antara perkara yang paling ditakuti dalam sesuatu situasi sosial ialah pengucapan awam (21.2%) dan bercakap dalam mesyuarat atau dalam bilik darjah (19.5%) manakala perkara yang kurang mendatangkan ketakutan ialah penggunaan bilik air awam (5.7%) dan menulis, makan atau minum walau pun diperhatikan (8.1%). Kajian ini juga mendapati amat jarang individu yang mempunyai kebimbangan sosial mempunyai atau mengalami hanya satu perkara yang ditakuti. Malah majoriti individu yang mempunyai kebimbangan sosial mengalami gangguan ketidakfungsian dalam pelbagai domain.

Silverman, La Greca, dan Wasserstein (1995, dalam Kearney, 2010) yang mengkaji murid tahun dua dan murid tahun enam pula mendapati dua daripada empat perkara yang paling kerap dilaporkan mendatangkan kebimbangan ialah yang melibatkan

sekolah (64.1%) dan penglibatan dalam sesuatu situasi baharu (53.5%). Antara perkara yang mendatangkan kebimbangan berkaitan dengan sekolah (81.5%) termasuklah apabila dipanggil oleh guru untuk terlibat di dalam aktiviti seperti sukan, muzik dan menari. Didapati dalam hal ini remaja perempuan lebih menunjukkan kerisauan berbanding dengan remaja lelaki. Sebaliknya bagi remaja di antara perkara yang paling kerap mendatangkan kebimbangan sosial termasuklah melakukan persembahan di hadapan orang lain (31.1%), bercakap di depan khalayak ramai atau pengucapan awam (19.7%), bercakap dengan orang yang tidak dikenali (9.2%), dan terlibat dalam aktiviti-aktiviti sosial (7.0%)

3.4 Kesan-kesan Negatif Kebimbangan Sosial

Terdapat pelbagai kesan negatif daripada kebimbangan sosial, terutama apabila masalah ini menjadi serius atau dipanggil kecelaruan kebimbangan sosial. Antara kesan negatif yang dialami seseorang yang mempunyai kebimbangan sosial termasuklah gangguan dalam perhubungan interpersonal. Kraus (2006) misalnya telah mengkaji sokongan sosial yang dilihat dan yang sebenar dalam kalangan mereka yang mempunyai kebimbangan sosial yang rendah dan tinggi serta kaitannya dengan penyesuaian diri di kolej. Kajian telah dijalankan ke atas 82 orang pelajar yang berumur dalam lingkungan 19 hingga 20 tahun. Hasil kajian mendapati bahawa mereka yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi kurang mempunyai jaringan sokongan sosial dan kurang berpuas hati dengan jaringan sokongan sosial yang diterima. Hasil kajian juga mendapati mereka yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi mempunyai kaitan dengan

penyesuaian yang rendah di kolej dari segi akademik, sosial, emosi-personal dan perapatan.

Berbeza dengan kajian oleh La Greca dan Lopez (1998) yang melihat kebimbangan sosial dalam kalangan remaja dan kaitannya dengan persahabatan dan perhubungan rakan sebaya. Mereka mendapati remaja perempuan mempunyai lebih kebimbangan sosial daripada remaja lelaki. Begitu juga isu kebimbangan sosial banyak berkaitan dengan kefungsi sosial remaja perempuan berbanding dengan remaja lelaki. Kajian yang telah dijalankan ke atas 101 orang remaja lelaki dan 149 orang remaja perempuan juga mendapati remaja yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi dilaporkan mempunyai kefungsi sosial yang lemah (kurang sokongan daripada rakan sekelas, dan kurang penerimaan sosial) serta remaja perempuan yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi didapati kurang mempunyai teman, kurang intim, dan tidak mempunyai teman rapat.

Sebaliknya Flanagan (2005) pula melihat kebimbangan sosial dalam kalangan remaja dalam konteks hubungannya dengan rakan sebaya. Laporan sendiri, laporan rakan sebaya dan laporan guru telah digunakan terhadap partisipan yang terdiri daripada 383 remaja sekolah menengah. Data telah dianalisis menggunakan analisis regresi dan *structural equation model*. Hasil kajian menunjukkan terdapatnya perhubungan antara ciri seseorang individu itu dengan perhubungan rakan sebaya terhadap kebimbangan sosial. Hasil kajian juga mendapati tingkah laku sosial remaja mempunyai kaitan dengan tindak balas rakan sekumpulan seperti tingkah laku kurang prososial dan mengelak yang akan mengakibatkan kurang penerimaan sosial. Seterusnya reaksi negatif rakan sebaya mempunyai kesan langsung terhadap persepsi pengalaman rakan sebaya remaja.

Jangkaan negatif remaja ini akan menyebabkan kebimbangan sosial. Oleh itu, mengikut pengkaji interaksi antara perhubungan rakan sebaya dengan ciri-ciri seseorang itu memainkan peranan penting wujudnya pengalaman kebimbangan sosial remaja.

Begitu juga dengan Erath (2006) yang melihat perkaitan antara kebimbangan sosial dan salah penyesuaian dengan rakan sebaya daripada Perspektif Kognitif Sosial dan faktor-faktor tingkah laku sosial. Kajian telah dijalankan terhadap 84 orang kanak-kanak. Kaedah temu bual menggunakan tugasan temu bual pra dan pos dijalankan. Hasil kajian mendapati kebimbangan sosial berkait rapat dengan masalah rakan sebaya seperti kurang penerimaan rakan sebaya dan peningkatan kejadian buli oleh rakan sebaya. Kebimbangan sosial juga berkait secara negatif dengan tingkah laku sosial yang tidak adaptif di sekolah. Kanak-kanak yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi didapati bukan sahaja kurang terlibat dalam interaksi sosial tetapi juga kurang mesra dan kurang bekerjasama. Kesimpulannya mengikut pengkaji, intervensi bagi murid-murid seperti ini amat perlu untuk membantu mereka membuat penyesuaian diri di sekolah.

Konsisten dengan dapatan ini, Oakman, Gifford, dan Chlebowsky (2003) juga mendapati individu yang mempunyai kebimbangan sosial dilaporkan menghindari situasi sosial dan tidak asertif serta tidak mesra jika dibandingkan dengan individu yang tiada kebimbangan sosial. Oakman et al. (2003) telah mengkaji ciri dominasi dan ciri interpersonal yang mesra dalam interaksi berstruktur dalam kalangan individu yang mempunyai kebimbangan sosial. Kajian mendapati individu yang mempunyai kebimbangan sosial meletakkan diri mereka sebagai seseorang yang mempunyai hubungan interpersonal yang mesra dan seorang yang patuh. Walau bagaimanapun semasa interaksi mereka meletakkan diri mereka lebih menjurus kepada seorang yang

mempunyai hubungan perorangan yang dingin berbanding dengan individu yang tiada kebimbangan sosial. Dalam hal ini, sesuatu yang menarik ialah, ahli lain dan pemerhati tidak melihat apa-apa perbezaan kemesraan dalam perhubungan perseorangan antara individu yang mempunyai kebimbangan sosial dan individu yang tiada kebimbangan sosial walaupun individu yang mempunyai kebimbangan sosial dilihat lebih patuh.

Begitu juga dengan kajian yang dijalankan oleh Kachin, Newman, dan Pincus (2001). Dengan menggunakan *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C)* mereka telah mengenal pasti masalah interpersonal dalam kalangan individu yang mempunyai kebimbangan sosial yang serius dengan individu yang mempunyai masalah kebimbangan sosial bukan umum serta individu yang tiada kebimbangan sosial. Hasil kajian mendapati individu yang mempunyai masalah kebimbangan sosial umum bersifat pendendam, dingin, menghindari aktiviti bersosial dan tidak asertif berbanding dengan individu yang mengalami kebimbangan sosial bukan umum. Individu yang mempunyai kebimbangan sosial serius didapati mempunyai skor yang tinggi dalam kelapan-lapan jenis masalah yang terdapat dalam *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C)* iaitu mendominasi, pendendam, dingin, menghindari kegiatan sosial, tidak asertif, pengeksploitasi, terlalu melindungi dan mengganggu berbanding dengan individu yang tiada kebimbangan sosial. Seterusnya Kachin et al. (2001) telah mengendalikan analisis kluster terhadap individu yang mengalami kebimbangan sosial dengan menggunakan IIP-C. Dua kesimpulan yang berbeza telah diperoleh. Satu kumpulan didapati bermasalah dari segi tidak asertif, mengeksploitasi, terlalu menjaga, dan satu lagi kumpulan mempunyai masalah iaitu bersifat pemaarah, ganas dan tidak amanah. Kajian ini menjelaskan bahawa individu yang mengalami kecelaruan kebimbangan sosial mempamerkan dua dapatan kualitatif yang

berbeza dari segi stail/gaya interpersonal yang tidak adaptif, iaitu satu kumpulan dengan gaya dominasi-ganas dan satu kumpulan lagi dengan gaya mesra-patuh.

Davilla dan Beck (2002) pula membuat kajian untuk melihat cara pelajar universiti yang mengalami kebimbangan sosial mewujudkan perhubungan dengan rakan-rakan, kenalan, keluarga dan pasangan kekasih. Dapatan menunjukkan individu yang mempunyai kebimbangan sosial menggunakan pelbagai strategi yang tidak berfungsi ketika membina perhubungan seperti tidak asertif, mengelak daripada mengatakan emosi atau perasaan dan konflik, malah individu yang bimbang juga dilaporkan terlalu bergantung kepada orang lain terutama beberapa perhubungan yang ada sahaja. Selain itu, sikap yang terlalu bergantung dan tidak asertif ini menjadi penghubung antara kebimbangan sosial dengan tekanan yang kronik dalam hubungan perorangan. Amat malang lagi bagi individu yang mempunyai kebimbangan sosial walaupun mereka mewujudkan hubungan perorangan tetapi mereka sering melihat perhubungan ini sebagai tidak intim, tidak berfungsi dan tidak memuaskan jika dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami kebimbangan sosial.

Strahan (2003) pula melihat kesan kebimbangan sosial dan kemahiran sosial terhadap pencapaian akademik. Kajian yang dijalankan merupakan kajian jangka panjang ke atas 253 orang pelajar dengan menggunakan kaedah tinjauan. Kebimbangan sosial telah diukur menggunakan Inventori Kebimbangan dan Fobia Sosial serta Inventori Kemahiran Sosial. Dengan menggunakan analisis statistik ANOVA dua hala dan regresi langkah demi langkah, hasil dapatan menunjukkan individu yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi kurang mempunyai kawalan sosial dan kurang mempunyai kemahiran berbanding dengan individu yang tiada kebimbangan sosial.

Mereka yang mempunyai kebimbangan sosial dilaporkan secara signifikan mempunyai lebih sensitiviti sosial jika dibandingkan dengan mereka yang tiada kebimbangan sosial. Mereka yang mempunyai kebimbangan sosial didapati lemah dari segi kemahiran bercakap, penampilan sendiri sosial dan sangat sensitif terhadap pertuturan atau percakapan orang lain. Selain itu, kajian juga mendapati kebimbangan sosial yang tinggi mempunyai kaitan dengan pencapaian markah purata (GPA) yang rendah.

Berbeza dengan kajian oleh Blöte dan Westernberg (2007). Mereka mengkaji persepsi remaja yang mempunyai kebimbangan sosial dan remaja yang tidak mempunyai kebimbangan sosial terhadap layanan yang diberikan rakan sebaya. Pengkaji cuba melihat sekiranya terdapat persepsi negatif yang *bias* berhubung dengan persepsi mereka terhadap cara mereka dilayan oleh rakan sebaya. Seramai 998 orang murid sekolah tinggi yang dikategorikan sebagai mempunyai kebimbangan sosial yang rendah, sederhana dan tinggi berdasarkan skor Skala Kebimbangan Sosial untuk Remaja telah dikaji. Hasil kajian mendapati murid-murid yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi melaporkan mereka dilayan secara negatif oleh rakan sebaya dan begitu juga rakan-rakan yang lain melihat murid-murid yang mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi dilayan secara negatif oleh rakan mereka.

De Jong (2002) pula melihat perkaitan penghargaan sendiri dan kebimbangan sosial dalam kalangan individu yang mempunyai kebimbangan sosial. Tujuan kajian ini adalah untuk melihat peranan imej sendiri negatif terhadap kebimbangan sosial. Kajian telah dijalankan terhadap 38 orang murid perempuan yang mempunyai kebimbangan yang tinggi dan rendah. Hasil kajian mendapati partisipan yang mempunyai kebimbangan sosial mempunyai tahap penghargaan sendiri yang rendah berbanding dengan individu

yang tidak mempunyai kebimbangan sosial. Namun demikian, individu yang mempunyai kebimbangan sosial dilaporkan mempunyai tahap penghargaan sendiri yang rendah tetapi dari segi laporan sendiri berhubung dengan penilaian orang lain terhadapnya adalah sama bagi individu sama ada mereka mempunyai kebimbangan sosial yang tinggi atau rendah.

Kajian oleh Lerman (2004) pula melihat peramal kepada kebimbangan sosial yang serius dan kontigensi penghargaan sendiri dalam konteks tingkah laku semula jadi dan hubungannya dengan ibu bapa serta rakan-rakan. Kajian juga mendapati individu yang mengalami kebimbangan sosial yang serius secara signifikan mempunyai penghargaan sendiri yang rendah jika dibandingkan dengan subjek yang tiada kebimbangan sosial. Hasil kajian ini didapati sama dengan hasil dapatan Walter (2006) iaitu mereka yang mempunyai kebimbangan secara umumnya lebih bersifat negatif dan cenderung menilai keupayaan mereka secara negatif.

Kesan negatif daripada kebimbangan sosial yang serius juga dapat dilihat daripada tinjauan kajian yang dijalankan Kessler (2003). Berdasarkan tinjauan kajian lampau menerusi pangkalan data MEDLINE dan PsycLIT, satu analisis telah dibuat. Hasil daripada tinjauan kajian-kajian tersebut didapati keclaruan kebimbangan sosial mendatangkan kesan yang serius terhadap kefungsi dan kualiti hidup seseorang itu. Kesan gangguan yang paling nyata melibatkan interaksi sosial dan kesilapan memproses maklumat semasa interaksi tersebut. Dalam hal ini, perkara yang lebih penting mengikut Kessler (2003) ialah kesan tidak langsung daripada kebimbangan sosial yang serius. Tiga kesan tidak langsung telah dikenal pasti iaitu depresi, penggunaan alkohol atau minuman keras, pencapaian akademik yang rendah dan penyakit jantung. Oleh yang demikian,

mengikut beliau amat wajar mengenal pasti masalah ini dari awal terutama pada peringkat sekolah.

Ternyata berdasarkan kajian yang telah dibincangkan kebimbangan boleh memberikan kesan terhadap kefungsi seseorang itu dari segi hubungan perorangan. Kegagalan membina hubungan yang baik, terutama dalam kalangan remaja sudah tentu memberikan kesan buruk terhadap penyesuaian mereka di sekolah. Selain itu berdasarkan kajian di atas individu yang mempunyai kebimbangan sosial juga rendah dari segi penghargaan sendiri. Oleh itu kajian ini cuba untuk mengenal pasti remaja yang berisiko mengalami kebimbangan sosial dan memberikan intervensi awal dengan menggunakan kaunseling kelompok pendekatan kognitif tingkah laku untuk membantu murid-murid bukan sahaja dari segi pengurangan kebimbangan tetapi juga meningkatkan penghargaan sendiri agar dapat membuat penyesuaian yang lebih baik di sekolah.

Kebimbangan sosial juga memberikan kesan terhadap kualiti hidup seseorang itu. Ini terbukti daripada hasil kajian Stein dan Kean (2001) ke atas 8000 penduduk Ontario Kanada yang berumur antara 15 hingga 64 tahun dengan menggunakan kaedah tinjauan. Tujuan kajian ini adalah untuk melihat ketidakupayaan dan kualiti kehidupan akibat masalah kebimbangan sosial yang serius. Hasil kajian mendapati individu yang mempunyai masalah kebimbangan sosial yang serius mengalami gangguan dalam pelbagai aspek kehidupan seperti gagal menamatkan persekolahan serta mengalami ketidakupayaan di dalam satu daripada aktiviti kehidupan mereka yang utama. Mereka yang mengalami kecelaruan kebimbangan sosial juga meletakkan diri mereka sebagai kurang berfungsi berdasarkan Skala Kualiti Kesejahteraan Hidup dan tidak mempunyai

kepuasan dalam banyak aspek kehidupan dibanding dengan mereka yang tiada kecelaruan kebimbangan sosial.

Lampe, Slade, Issakadis, dan Andrew (2003) telah menjalankan kajian tinjauan epidemiologi berskala besar di Australia. Tujuan kajian ini adalah untuk melihat kesan masalah kebimbangan sosial yang serius terhadap kesihatan mental dan kesejahteraan hidup masyarakat. Data telah diperoleh daripada partisipan seramai 10 641 orang. Hasil kajian mendapati sebaran masalah kebimbangan sosial yang serius dalam tempoh 12 bulan di Australia ialah 2.3 peratus. Kesan lanjut juga dikenal pasti. Secara umum data menunjukkan wujudnya depresi dan kebergantungan kepada alkohol selepas seseorang itu mengalami masalah kebimbangan sosial yang serius, malah dapatan juga menunjukkan masalah kebimbangan sosial akan diikuti oleh depresi yang serius, penyalahgunaan alkohol, dan masalah kebimbangan umum.

Mengikut kajian, remaja yang mempunyai kebimbangan sosial lebih sering mengalami depresi berbanding dengan kumpulan kawalan yang tiada kebimbangan sosial (Biedel, Turner, & Morris, 1999; Inderbitzen-Nolan & Walter, 2000). Malah, ibu bapa dan guru juga melihat remaja yang mempunyai kebimbangan sosial lebih mudah mengalami depresi berbanding dengan kumpulan yang tidak mempunyai masalah tersebut (Biedel et al., 1999). Begitu juga individu yang mempunyai kebimbangan sosial didapati lebih mempunyai risiko bunuh diri berbanding dengan kumpulan kawalan (Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1993). Kajian terhadap remaja perempuan kembar yang mengalami fobia sosial dan depresi didapati berlaku peningkatan risiko tentang idea bunuh diri, rancangan bunuh diri, dan cubaan bunuh diri (Nelson et al., 2000).

Daripada kajian di atas jelas menunjukkan kebimbangan sosial perlu ditangani pada peringkat awal. Kebimbangan sosial sekiranya tidak ditangani akan menjadi serius dan mengundang pelbagai lagi masalah lain seperti depresi yang teruk dan penyalahgunaan alkohol. Tegasnya, usaha mengenal pasti simptom kebimbangan sosial dari awal dan memberikan rawatan seperti kaunseling kelompok sudah tentu memberikan impak positif kepada remaja sekolah dan sekali gus membantu pihak sekolah membendung masalah salah laku murid-murid.

3.5 Peranan Perhatian Fokus Kendiri dan Takut Kepada Penilaian Negatif dalam Pengekalan Kebimbangan Sosial

Mengikut Edelman (1990) individu yang mengalami kebimbangan sosial terlalu memfokuskan metakognisi sendiri, memikirkan apa yang difikirkan, dirasakan dan dilakukan dengan memerhatikan diri sendiri untuk mencari bukti-bukti kekurangan dirinya. Apabila seseorang itu terlalu memfokuskan diri sendiri dan kurang memberikan tumpuan kepada situasi luaran, mereka menjadi kurang sensitif terhadap reaksi orang lain yang menunjukkan penerimaan sehingga kurang mampu untuk mengekalkan perhatian terhadap tugas yang kompleks. Banyak kajian membuktikan bahawa perhatian fokus sendiri (*self focused attention*) berhubung kait dengan kebimbangan sosial, penampilan sosial yang lemah, dan penilaian sendiri yang negatif (Woody & Rodriguez, 2000).

Woody dan Rodriguez (2000) telah menjalankan kajian untuk melihat pengaruh perhatian fokus sendiri terhadap kebimbangan sosial. Kajian dijalankan dengan melakukan eksperimen ke atas fokus sendiri dalam kalangan individu yang mempunyai

kebimbangan dan individu yang tiada kebimbangan sosial sebagai kumpulan kawalan. Bagi melihat kesan perhatian fokus sendiri, semua partisipan telah diarahkan untuk memberikan ucapan spontan di hadapan sekumpulan kecil penonton. Selepas itu setiap partisipan perlu menilai tahap kebimbangan mereka semasa berucap dan menilai persembahan sosialnya dengan menggunakan skala 0 hingga 100. Skor 100 menunjukkan tahap persembahan yang paling baik. Di samping itu, setiap partisipan juga akan dinilai oleh pemerhati lain dengan menggunakan skala yang sama. Hasil kajian menunjukkan bahawa dengan mengarahkan partisipan memberikan fokus perhatian kepada diri mereka semasa berucap telah dapat meningkatkan tahap kebimbangan bagi kedua-dua kumpulan individu yang mempunyai kebimbangan dan tidak mempunyai kebimbangan. Pengaruh fokus sendiri didapati tidak berbeza secara signifikan antara kedua-dua kumpulan. Pengkaji juga mendapati walaupun fokus sendiri meningkatkan kebimbangan bagi kedua-dua kumpulan kajian, namun panel pemerhati tidak menilai persembahan mereka sebagai teruk. Perbezaan utama antara individu yang mempunyai kebimbangan sosial dan yang tiada kebimbangan sosial dapat dilihat melalui laporan sendiri penilaian mereka dari segi cara mereka menampilkan diri semasa berucap. Individu yang mempunyai kebimbangan sosial menilai penampilan dan persembahan mereka lebih rendah daripada individu yang tiada kebimbangan sosial walaupun masing-masing mengalami tahap kebimbangan yang sama. Penilaian individu yang mengalami kebimbangan sosial kongruen dengan penilaian yang diberikan oleh panel pemerhati. Sebaliknya individu yang tiada kebimbangan sosial cenderung menilai bahawa mereka lebih berkemahiran berbanding dengan penilaian yang diberikan oleh panel pemerhati. Semasa menjelaskan dapatan ini, pengkaji menyatakan bahawa individu yang tiada kebimbangan sosial dapat

menangani kebimbangannya dengan cara yang lebih efektif iaitu dengan menilai aspek positif tentang dirinya atau menilai semula pengalaman tersebut jika dibandingkan dengan individu yang mempunyai keseimbangan sosial yang hanya melihat kekurangan dirinya ketika bersosial.

Dengan menggunakan metodologi yang sama, Woody dan Rodriguez (2000) memperluas bidang kajian ini lagi dengan membandingkan kesan perhatian berfokuskan sendiri terhadap fobia sosial antara individu yang mempunyai keseimbangan sosial dengan yang tiada keseimbangan sosial. Di samping itu mereka juga menguji peranan ketakutan dinilai secara negatif semasa memoderasikan hubungan antara perhatian berfokuskan sendiri dengan keseimbangan sosial. Seperti yang terdapat dalam kajian terdahulu, perhatian berfokuskan sendiri ternyata lebih memburukkan laporan sendiri yang dibuat oleh klien. Begitu juga dengan laporan para penilai tentang keseimbangan klien, walaupun laporan tersebut tidak membawa apa-apa kesan kepada prestasi sosial. Dapatan yang sama kajian juga dikesan dalam kumpulan individu yang tiada keseimbangan (kumpulan kawalan). Ternyata kajian Woody dan Rodriguez (2000) menunjukkan bahawa faktor ketakutan terhadap penilaian negatif boleh memoderasikan hubungan antara perhatian yang berfokuskan sendiri dengan keseimbangan sosial.

Meillings dan Alden (2000) pula mengkaji perhatian fokus sendiri dalam kalangan individu yang mempunyai keseimbangan sosial dan tiada keseimbangan sosial semasa interaksi sosial atau bergaul dengan orang lain. Dalam kajian ini, partisipan akan terlebih dahulu mengambil bahagian dalam interaksi sosial. Partisipan kemudian dikehendaki mengingat kembali peristiwa atau kejadian lepas dan memikirkan proses yang dijangkakan akan berlaku semasa interaksi tersebut. Partisipan kemudian

dikehendaki melengkapkan ukuran perhatian fokus sendiri serta mengenal pasti kebangkitan fisiologi serta tingkah laku yang berkaitan dengan kebimbangan. Pada hari yang berikutnya partisipan sekali lagi perlu menyiapkan ukuran penilaian dengan melihat kekerapan mereka merenung kembali kejadian atau peristiwa lepas dan ketepatan mengingati kembali segala yang berlaku semasa interaksi pada hari sebelumnya. Hasil kajian menunjukkan individu yang mempunyai kebimbangan sosial secara sengaja memilih mengingati kembali maklumat tentang diri yang negatif semasa interaksi jika dibandingkan dengan individu yang tiada kebimbangan sosial (kumpulan kawalan). Pemerhatian yang *bias* dilihat dalam kalangan individu yang mempunyai kebimbangan sosial menyebabkan mereka juga *bias* dalam menilai pengalaman berinteraksi. Dapatan ini juga dapat membuktikan pentingnya perhatian fokus sendiri yang menyumbang kepada kewujudan kebimbangan sosial. Semasa interaksi sosial, individu yang mempunyai kebimbangan sosial lebih banyak memfokuskan atau memberikan tumpuan terhadap maklum balas berhubung dengan dirinya terutama maklumat negatif berbanding dengan individu yang tiada kebimbangan sosial sehingga menyebabkan interaksi yang dialami lebih mengancam.

Berbeza dengan Walter (2006) yang menjalankan kajian untuk melihat peranan perhatian fokus sendiri, sifat kesempurnaan (*perfectionism*) dan penilaian sendiri negatif dalam pembentukan kebimbangan sosial terhadap 116 orang pelajar universiti. Tujuan kajian ini adalah untuk menguji cara mereka meramal tekanan sosial semasa interaksi sosial. Partisipan telah dilibatkan dalam perbualan dengan rakan mereka dan perhatian fokus sendiri dirangsang dengan menggunakan cermin dan kamera video. Hasil kajian mendapati perhatian fokus sendiri menjadi perantara antara kebimbangan sosial dengan

situasi sosial yang menyebabkan tekanan. Hasil keseluruhan kajian mendapati dengan memberikan perhatian atau fokus kepada sendiri, tekanan sosial akan berterusan dalam diri individu yang mempunyai kebimbangan sosial. Di samping itu, perhatian fokus sendiri semasa interaksi mempunyai kaitan dengan penilaian diri yang negatif. Walau bagaimanapun kajian ini merupakan kajian korelasi yang hanya melihat perhubungan antara perhatian fokus sendiri dengan kebimbangan sosial sahaja dan bukannya kesan perhatian fokus sendiri terhadap kebimbangan sosial.

Berdasarkan kajian yang telah dibincangkan jelas menunjukkan perhatian fokus sendiri (*self focused attention*) telah meningkatkan kebimbangan dalam kumpulan individu yang mempunyai kebimbangan sosial dibandingkan dengan kumpulan kawalan. Jika dilihat dari segi jantina pula perhatian fokus sendiri memberikan kesan yang berbeza antara lelaki dengan perempuan. Analisis meta oleh Mor dan Winguist (2002) mendapati perhatian fokus sendiri (*self focused attention*) sangat kuat berkaitan dengan kesan negatif dalam kalangan perempuan berbanding dengan lelaki. Hal ini demikian adalah kerana lelaki mungkin lebih berfokuskan tugas manakala perempuan lebih tertumpu pada mencari jalan bagaimana mereka dilihat oleh orang lain.

Bogels dan Mansell (2004) mendapati *trait* dan *state self focused attention* dan *public self consciousness* berkurangan selepas menerima rawatan kebimbangan sosial. Hofmann (2000) pula mendapati pengurangan dalam *attention focus* yang negatif tentang sendiri berkorelasi secara signifikan dengan perubahan dalam kebimbangan sosial. Well, White, dan Carter (1997) pula berpendapat terdapat kesan positif daripada latihan konsentrasi yang mengandungi latihan memberikan konsentrasi terhadap bunyi dalam kalangan pesakit yang mengalami kebimbangan sosial. Wise dan Haynes (1983) pula

mendapati *attention training* yang merupakan latihan untuk meningkatkan perhatian tentang kerelevanan perubahan tugas didapati mempunyai keberkesanannya yang sama dengan penstruktur semula kognitif.

Kajian yang telah dibincangkan menunjukkan rawatan yang melibatkan manipulasi perhatian berfokuskan sendiri menyokong pendapat bahawa perhatian berfokuskan sendiri meningkatkan kebimbangan dan menyebabkan penilaian yang negatif terhadap diri sendiri di samping mencatitkan prestasi diri (Woody, Chambless, & Glass, 1977). Satu kajian kebelakangan ini menunjukkan bahawa dengan memanipulasi kepekaan sendiri dapat menguatkan hubungan antara kecelaruan sendiri dengan kesan negatifnya (Phillips & Silvia, 2005). Burgio, Merluzzi, dan Pryor (1986) pula mendapati bahawa golongan lelaki yang menghadapi kebimbangan sosial yang sederhana dan yang meragui kemampuan sendiri untuk menimbulkan tindak balas yang memberangsangkan kepada teman wanita sebagai rakan berbicara. Golongan ini dilihat kurang berkemahiran berbanding dengan lelaki lain yang berkeyakinan. Hal ini berlaku hanya semasa mereka dalam keadaan memberikan perhatian berfokuskan sendiri.

Kajian-kajian rawatan pula cenderung menyokong dapatan-dapatan kajian bahawa perhatian berfokuskan diri memainkan peranan yang penting untuk mengekalkan kebimbangan sosial. Dalam penulisan tinjauan mereka berkenaan dengan kebimbangan sosial, Spurr dan Stopa (2002) mendapati ada tanda-tanda pengurangan dalam perhatian berfokuskan sendiri dan juga kebimbangan setelah melalui rawatan fobia sosial (Hoffmann, 2000; Woody et al., 1997). Woody et al. (1997) juga mendapati bahawa perhatian berfokuskan sendiri, yang diukur dengan menggunakan Soal Selidik Fokus Perhatian [*FAQ*] ternyata berkurangan setelah melalui beberapa sesi rawatan terapi fobia

sosial kognitif tingkah laku secara kumpulan. Tambahan pula, pengurangan dalam perhatian berfokuskan sendiri berkaitan juga dengan pengurangan dalam kebimbangan dan penilaian negatif sendiri.

Sungguhpun kajian-kajian yang telah dibincangkan menunjukkan hubungan antara pengurangan perhatian berfokuskan sendiri dan peningkatan keberkesanan rawatan, namun hubungan tersebut tidak membawa kesimpulan bahawa pengurangan dalam perhatian berfokuskan sendiri menyebabkan peningkatan penyembuhan melalui terapi. Sebagai contoh dalam sebuah kajian yang menggunakan pendekatan kajian subjek dalaman, Wells dan Papageorgiou (1998) mengkaji sejauh mana peningkatan penyembuhan melalui terapi dalam kalangan para pesakit fobia sosial yang telah mengikuti satu sesi pendedahan terapi sahaja, berbanding dengan mereka yang telah mengikuti satu sesi terapi pendedahan bersama dalam satu sesi latihan perhatian berfokuskan faktor luaran. Terapi pendedahan yang digabungkan dengan sesi latihan berfokuskan faktor luaran didapati lebih efektif secara signifikan berbanding dengan pendedahan sahaja bagi mengurangkan kebimbangan keadaan dan ketakutan-ketakutan kepada bencana yang difikirkan bakal terjadi. Tambahan pula, dengan memanipulasikan perhatian berfokuskan faktor luaran dapat mengurangkan perhatian berfokuskan sendiri secara efektif. Dapatan kajian mencadangkan bahawa pengurangan perhatian berfokuskan sendiri menjurus kepada pengurangan dalam kebimbangan sosial. Bukti sampingan kepada kesan efektif latihan semula perhatian telah dikesan dalam kajian-kajian lain juga (Bögels & Mansell, 2004). Satu bidang baharu dalam kajian berbentuk memanipulasikan perhatian berfokuskan sendiri telah membuktikan bahawa latihan dalam perhatian berfokuskan sendiri yang tidak menilai (contohnya, kepekaan sendiri

untuk beradab) boleh membawa kesan positif kepada individu yang mengalami kebimbangan sosial dan kemurungan (Bögels & Mansell, 2004). Kesimpulannya, literatur tentang rawatan ini menunjukkan kepada kita betapa perlunya beberapa pendekatan yang berbeza untuk mengatasi masalah kesan kurang elok perhatian berfokuskan sendiri yang keterlaluan. Lebih banyak lagi kajian perlu dijalankan untuk mengkaji keberkesanan intervensi yang telah dilakukan, di samping lebih memahami proses yang dilalui melalui perhatian berfokuskan sendiri demi mencapai peningkatan penyembuhan (Bögels & Mansell, 2004).

Secara keseluruhannya, literatur kajian secara empirikal berpendapat bahawa individu yang mempunyai kebimbangan sosial lebih cenderung untuk mengalami masalah perhatian berfokuskan sendiri berbanding dengan individu yang tidak mengalami masalah kebimbangan sosial. Tambahan pula, perhatian berfokuskan sendiri secara lahiriah telah dibuktikan mempunyai kaitan dengan kesan negatif penilaian diri yang negatif, dan persembahan atau penampilan sosial yang terencat. Kajian eksperimen memperoleh bukti bahawa perhatian berfokuskan sendiri mempunyai peranan atau penyebab yang semakin memburukkan keadaan kecemasan sosial. Kajian-kajian rawatan menunjukkan bahawa perhatian berfokuskan diri dapat dikurangkan selepas rawatan kognitif tingkah laku, namun lebih banyak lagi kajian perlu dijalankan untuk melihat sama ada pengurangan dalam perhatian berfokuskan sendiri adalah mekanisme yang perlu dilalui oleh individu yang bermasalah fobia sosial. Sekiranya mengurangkan perhatian berfokuskan sendiri ialah komponen penting dalam keberkesanan rawatan, maka lebih banyak lagi kajian perlu dijalankan untuk menguji keberkesanan strategi-

strategi rawatan kognitif tingkah laku yang boleh dijalankan bagi mengatasi perhatian berfokuskan sendiri.

3.6 Kajian Penggunaan Teknik-teknik Rawatan Kognitif Tingkah laku

Pelbagai teknik digunakan di dalam rawatan Kognitif Tingkah laku. Antaranya ialah psikopendidikan, latihan pendedahan (*exposure*), latihan relaksasi, latihan kemahiran sosial, penstrukturan semula kognitif dan sebagainya. Walau bagaimanapun dalam kajian ini pengkaji hanya mengehendkan penggunaan beberapa teknik sahaja, iaitu psikopendidikan, latihan pendedahan, latihan relaksasi dan penstrukturan semula kognitif berdasarkan keberkesanan teknik-teknik tersebut daripada sorotan kajian lampau.

Latihan pendedahan (*exposure*) dikatakan sebagai unsur utama dalam kebanyakan rawatan kognitif tingkah laku (Rodebaugh et al., 2004). Penggunaan latihan pendedahan berasaskan andaian bahawa untuk membolehkan seseorang itu mengubah perasaan dan simptom tingkah lakunya, seseorang klien itu perlu mengalami sesuatu situasi yang ditakuti terlebih dahulu. Penggunaan pendedahan biasanya dimulakan dengan mewujudkan situasi yang menjadikan seorang itu berasa takut. Semasa pendedahan, klien akan diarahkan untuk berada dalam situasi yang ditakuti tersebut dengan harapan pendedahan kepada situasi tersebut untuk jangka masa tertentu akan memberi satu pembelajaran baharu atau satu kebiasaan baharu dan dengan ini kebimbangan terhadap situasi tersebut akan berkurangan (Rodebaugh et al., 2004).

Latihan relaksasi atau dipanggil juga relaksasi otot progresif merupakan satu daripada teknik yang kerap digunakan dalam rawatan kognitif tingkah laku. Latihan

relaksasi ini merupakan teknik pengurusan kebangkitan fisiologi yang sering timbul bersama kebimbangan. Walau bagaimanapun latihan relaksasi semata-mata didapati tidak memadai untuk rawatan kebimbangan sosial (Rodebaugh et al., 2004). Kebanyakan latihan relaksasi adalah berdasarkan penyelidikan Wolpe (1958) serta Bernstein dan Borkovec (1973). Melalui teknik ini seseorang itu belajar untuk relaks melalui latihan yang melibatkan regangan dan merehatkan beberapa kumpulan otot. Bagi kebimbangan sosial, latihan relaksasi ini berkesan apabila kemahiran ini digunakan dalam situasi yang merangsang kebimbangan. Dalam hal ini latihan relaksasi dapat mengurangkan kebangkitan fisiologi.

Teknik penstrukturan semula kognitif dalam kalangan individu yang mempunyai kebimbangan sosial digunakan berdasarkan bahawa bukan sesuatu situasi tersebut yang menyebabkan seseorang itu mengalami kebimbangan tetapi pemikirannya tentang sesuatu situasi tersebut yang menyebabkannya berasa bimbang. Mengikut model Rapee dan Heimberg (1997) individu yang mempunyai kebimbangan sosial membentuk persepsi yang tidak tepat tentang dirinya dan meramalkan kesan negatif daripada sesuatu situasi sosial. Penstrukturan semula kognitif adalah berdasarkan kajian Beck dan Emery (1985) iaitu dengan melihat persepsi yang salah ini dapat membantu klien mengenal pasti pemikiran automatik yang negatif, menilai ketepatan pemikiran tersebut dan membentuk alternatif yang lebih rasional. Kerjasama antara klien dan terapis amat penting untuk mengenal pasti pemikiran-pemikiran automatik yang dilihat sebagai negatif dan merupakan pemikiran salah yang boleh mendatangkan tekanan kepadanya (Heimberg & Becker, 2002). Klien akan dibantu untuk mengenal pasti pemikiran automatik dan dilatih untuk mencabar pemikiran tersebut di dalam dan di luar sesi. Biasanya penstrukturan

semula kognitif akan digunakan sebelum, semasa dan selepas latihan pendedahan (*exposure*) untuk hasil rawatan yang lebih berkesan (Rodebaugh et al., 2004). Daripada kajian ini latihan pendedahan merupakan satu kaedah untuk mencabar pemikiran dan kepercayaan seseorang dan bukan hanya sebagai satu proses untuk menukar kebiasaan seseorang.

Analisis meta daripada beberapa kajian mendapati kesemua teknik tingkah laku kognitif (pendedahan sahaja, penstrukturan kognitif sahaja, penstrukturan kognitif bersama-sama pendedahan, latihan kemahiran sosial dan latihan relaksasi) menunjukkan saiz kesan sederhana hingga besar semasa rawatan pos berbanding dengan kumpulan kawalan (Rodebaugh et al., 2004). Analisis meta oleh Taylor (1996, dalam Rodebaugh et al., 2004) mendapati hanya kombinasi penstrukturan semula kognitif dan pendedahan lebih berkesan berbanding *placebo* semasa rawatan pos.

Ternyata teknik-teknik dalam Terapi Kognitif Tingkah laku yang telah dibincangkan dapat membantu individu yang mengalami kebimbangan sosial. Menerusi kajian ini pengkaji akan menggabungkan teknik latihan relaksasi bersama-sama latihan pendedahan dan penstrukturan semula kognitif di samping memberikan pendidikan dalam bentuk psikopendidikan kepada klien yang mengalami kebimbangan sosial.

3.7 Faktor-faktor Terapeutik dan Kelebihan Kaunseling Kelompok

Kaunseling kelompok telah dimulakan sejak tahun 1905. Konsep serta pengertian tentang kaunseling telah diberikan definisi mengikut kefahaman mazhab dan mirip falsafah perlakuan manusia. Secara umumnya kaunseling merujuk kepada satu proses menolong yang melibatkan interaksi dua hala antara orang yang memberikan

pertolongan dengan orang yang menerima pertolongan dalam suasana yang penuh muhibah, kesedaran dan saling memahami (Othman Mohammad, 2005). Secara khususnya Vriend dan Dyer (1973) pula mendefinisikan kaunseling kelompok sebagai satu pertolongan sosial dan psikologi yang secara keseluruhan tujuannya adalah untuk mengubah tingkah laku yang mencegah seseorang individu itu mendapat perubahan baharu dalam tingkah laku serta mendampingi diri dengan alam semula jadi. Kaunseling kelompok juga dilihat sebagai satu proses interpersonal yang melibatkan kaunselor dan beberapa orang ahli membuat penerokaan terhadap diri sendiri dan persekitaran dalam usaha untuk mengubah sikap dan tingkah laku (Hansen, Warner, & Smith, 1980). Oleh itu kaunseling kelompok boleh dirumuskan sebagai proses perhubungan antara kaunselor dengan ahli dalam kelompok untuk mengenal pasti dan mencari jalan membantu seseorang individu mengubah sikap dan tingkah laku yang sesuai dalam kelompok.

Terdapat pelbagai bentuk kaunseling kelompok sama ada berbentuk pencegahan, perkembangan, pemulihan atau gabungan ketiga-tiga bentuk ini. Kaunseling kelompok berbentuk pencegahan diberikan kepada individu yang mengalami sedikit gangguan yang memerlukan perbincangan untuk mencari penyelesaian tetapi masih berfungsi dengan baik dalam kehidupan harian. Kaunseling kelompok berbentuk perkembangan pula bertujuan untuk mencapai potensi diri seseorang. Melalui kaunseling kelompok ahli akan sedar tentang potensi dirinya. Ahli-ahli juga dengan bantuan kaunselor akan didorong untuk lebih berusaha meningkatkan dan mengembangkan potensi ini supaya hidup mereka lebih bermakna. Apabila sesuatu perkhidmatan kaunseling diberikan kepada seseorang atau klien yang

menghadapi masalah yang mengganggu dan merosakkan diri, ini pula merujuk kepada kaunseling berbentuk pemulihan. Melalui kaunseling pemulihan, masalah yang dihadapi seseorang itu dapat diterokai dan jalan penyelesaiannya dapat dikenal pasti dengan bantuan kaunselor sebagai fasilitator.

Kaunseling kelompok mempunyai matlamat, prosedur, teknik dan proses tertentu. Beberapa peluang dapat ditimba dari kaunseling kelompok misalnya melalui penerokaan klien memperoleh kekuatan dengan bantuan kelompok yang menyediakan persekitaran sosial yang baik. Keadaan ini juga akan membolehkan ahli berinteraksi dengan ahli lain dalam kelompok tersebut secara berkesan. Ahli bukan sahaja gembira mendapat kefahaman dan mengambil berat tentang sesuatu masalah yang ditimbulkan, sebaliknya mereka juga sama-sama mengambil berat antara satu sama lain. Melalui kelompok juga ahli berpeluang mengenal diri secara mendalam melalui penerokaan perasaan sendiri dan tingkah laku mereka. Oleh yang demikian, jika masa yang cukup diberikan dalam kelompok, seseorang itu akan merasakan ia mampu bersikap sebagai dirinya sendiri, berinteraksi dengan orang lain sebaik mungkin dan mencipta peribadi sejagat yang sesuai dengan kelompok. Melalui kaunseling kelompok juga seseorang itu memperoleh peluang mengembangkan hubungan biasa yang positif dengan orang lain memandangkan melalui kaunseling ini seseorang itu dapat mengawal hubungan antara peribadi mereka sendiri. Keadaan ini sudah tentu membantu ahli untuk mengurangkan kebimbangan apabila mula membina perhubungan sosial. Secara tidak langsung keadaan ini memberikan kesedaran tentang kesan tingkah laku seseorang terhadap orang lain dalam kelompok. Dengan ini seseorang itu dapat belajar bertanggungjawab kepada dirinya dan juga kepada orang lain.

Dalam kajian ini kaunseling kelompok yang dijalankan berbentuk pencegahan dan perkembangan. Bentuk kaunseling ini digunakan berdasarkan permasalahan kajian untuk mengatasi kebimbangan sosial. Pendekatan kaunseling yang digunakan ialah Pendekatan Kognitif Tingkah laku. Pendekatan Kognitif Tingkah laku menggunakan model kaunseling yang berstruktur dan model ini didapati amat berkesan serta kerap digunakan bagi tujuan pengurangan kebimbangan. Pakar-pakar dalam kaunseling kognitif tingkah laku telah membentuk model tersendiri untuk digunakan dalam rawatan kebimbangan spesifik termasuk kebimbangan sosial. Antara model-model ini adalah seperti Model Pembelajaran Sosial, Model Terapi Rasional Emotif dan Penstrukturan Semula Kognitif.

Banyak kajian telah membuktikan bahawa pendekatan kaunseling terutama kaunseling kelompok amat berkesan untuk menangani pelbagai masalah klien termasuk masalah kebimbangan. Kajian juga menunjukkan jika dibandingkan dengan kaedah penggunaan ubat-ubatan, psikoterapi didapati berkesan dalam pengurangan simptom kebimbangan (Kosslyn & Rosenberg, 2006). Hansen et al., (1980) pula melihat rasional penggunaan kaunseling kelompok berdasarkan keadaan kehidupan semula jadi manusia dan hubungan sosialnya. Keperluan manusia untuk berhubung rapat dengan orang lain merupakan keperluan asas sebagaimana keperluan biologi lain untuk kesinambungan kehidupan. Dalam konteks kajian ini, kaunseling kelompok yang dijalankan merupakan kaunseling kelompok yang diberikan kepada satu kelompok subjek yang mengalami kebimbangan sosial berpandukan matlamat, prosedur, teknik, proses dan model kaunseling kelompok berstruktur. Sesi kaunseling kelompok dikendalikan oleh beberapa orang kaunselor dengan dipantau oleh pengkaji sendiri. Satu sampel

kaunseling kelompok berstruktur dibina berdasarkan model Pendekatan Kognitif Tingkah laku. Melalui sesi kaunseling kelompok klien diberi pemahaman tentang kebimbangan sosial dan dibimbing menggunakan teknik yang telah dikenal pasti tadi untuk mengurangkan kebimbangan sosial.

Terdapat banyak kelebihan kaunseling kelompok yang jelas dan tidak jelas. Antara kelebihan kaunseling kelompok yang nyata adalah dari segi kecekapan kos dan kerjasama yang dapat diwujudkan dalam kalangan ahli kelompok. Selain itu, secara khususnya rawatan secara kumpulan mempunyai kelebihan kerana ahli-ahli dapat belajar bahawa orang lain juga mempunyai masalah yang sama, pembelajaran tidak langsung, pembelajaran secara kerjasama, mendapat galakan dengan melihat kejayaan orang lain daripada hasil rawatan dan menghasilkan komitmen untuk berubah (Heimberg & Becker, 2002).

Mengikut Yaloom (1995) terdapat sebelas faktor terapeutik rawatan kumpulan; antaranya mewujudkan pengharapan, universal, menyediakan maklumat, bertimbang rasa, memperoleh kemahiran bersosialisasi, meniru tingkah laku, pembelajaran membina hubungan interpersonal, kejelekitan kumpulan, katarsis (berpeluang menyatakan perasaan) dan belajar bertanggungjawab terhadap diri dan kehidupan tanpa mengira sebanyak mana sokongan yang diterima daripada orang lain.

Theinemann (2005) pula menjelaskan terapi kumpulan adalah paling sesuai dalam konteks perkembangan kitaran sosial. Dalam hal ini remaja telah memasuki satu fasa di mana kumpulan merupakan satu seting persekitaran sosial yang paling biasa bagi proses pembelajaran dan sosialisasi mereka dan seting seperti ini amat berguna dalam kehidupan

mereka. Selain itu, ciri-ciri yang terdapat pada kelompok menjadikan kelompok amat baik untuk menyediakan peluang pendedahan dan latihan bersosialisasi.

3.8 Keberkesanan Terapi Kognitif Tingkah laku bagi mengurangkan kebimbangan sosial

Terdapat banyak kajian yang menunjukkan terapi kognitif tingkah laku dan pelbagai teknik dalam terapi kognitif berkesan bagi mengurangi kebimbangan sosial. Antaranya kajian oleh Clark et al. (2006) yang cuba melihat perbandingan kesan terapi kognitif, teknik *exposure* dan *applied relaxation* bagi menangani kebimbangan sosial. Dalam kajian ini 62 orang pesakit yang memenuhi kriteria kebimbangan sosial telah dipilih secara rawak sebagai sampel kajian dan dikelompokkan kepada Terapi Kognitif, *Exposure Therapy* dan *Applied Relaxation* serta satu lagi dikelompokkan sebagai kumpulan kawalan menunggu (*wait-list control*). Kajian secara eksperimen telah dijalankan dengan menggunakan kaedah ujian pra dan ujian pos. Sebelum rawatan diberikan, pesakit terlebih dahulu telah didiagnosis dengan menggunakan kombinasi *Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS)* dan *Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID)*. Sebanyak 14 sesi rawatan atau terapi telah diberikan kepada pesakit

Bagi Terapi *Exposure* dan *Applied Relaxation*, peserta dikehendaki membuat latihan pendedahan dan latihan relaksasi sebagai tugas rumah mingguan. *Exposure* dijalankan dalam konteks kerasionalan tabiat. Hierarki kebimbangan dibentuk dan pesakit digalakkan meningkatkan hierarki kebimbangan dengan cepat secara relatif untuk membantu klien membentuk dan membina keyakinan diri. Tumpuan diberikan kepada pengekaln dalam situasi yang cuba dielakkan (*in-situation avoidance*). Pesakit

juga digalakkan untuk kembali kepada situasi yang cuba dielak dan memasuki situasi tersebut. *In session exposure* memfokuskan kepada latihan *in vivo* dan bukannya main peranan bersama terapi.

Untuk mengenal pasti perbezaan antara kumpulan sebelum rawatan dan kumpulan menunggu analisis varians satu hala digunakan. Bagi mengenal pasti perbezaan antara kumpulan selepas rawatan dan kumpulan menunggu analisis satu hala *covariance* digunakan dengan skor prarawatan sebagai *covariate*. Hasil kajian menunjukkan kesan kumpulan yang signifikan terhadap pengurangan kebimbangan sosial pada rawatan pos. Secara perbandingan hasil kajian juga menunjukkan Terapi Kognitif dan Terapi Pendedahan (*Exposure Therapy*) dan penggunaan relaksasi (*applied relaxation*) memberikan kesan terhadap komposit kebimbangan sosial dibandingkan dengan kumpulan menunggu. Malah terapi kognitif didapati lebih unggul (*superior*) berbanding Terapi *Exposure* dan *Applied Relaxation*. Selepas tiga bulan *follow-up* ujian ANOVA juga menunjukkan terapi kognitif lebih unggul dalam ukuran komposit kebimbangan sosial.

Model kognitif berhubung dengan kebimbangan sosial juga begitu menekankan persepsi sendiri (*self perception*) sebagai satu faktor penting untuk mengekalkan kecelaruan (*disorder*). Sebagai contoh, Clark dan Wells (1995) mengatakan bahawa individu yang mengalami kebimbangan sosial cenderung untuk membuat interpretasi situasi sosial sebagai mengancam. Keadaan ini disebabkan oleh ketidakfungsian kepercayaan (*dysfunctional belief*) yang dipegang oleh mereka. Hal ini termasuklah kepercayaan bersyarat seperti "Jika orang lain rapat dengan saya, mereka tidak akan menyukai saya" dan kepercayaan tidak bersyarat seperti "Saya seorang yang bodoh". Model ini seterusnya mengandaikan jika berada dalam sesuatu situasi sosial yang

mengancam individu yang mengalami kebimbangan sosial akan mengalih perhatian kepada diri sendiri (*inward*) dan akan mengalami proses mengawal dan memerhatikan diri sendiri. Persepsi sendiri mempengaruhi persembahan sendiri (*self representation*) seseorang dalam sesuatu situasi sosial.

Persembahan sendiri (*self representation*) merupakan satu daripada ciri sendiri yang dilahirkan secara dalaman dan disedari oleh seseorang itu melalui bahasa diri. Satu daripada ciri persembahan sendiri ialah metakognisi dan keupayaan reflektif untuk membuat pemeriksaan sendiri dan penilaian sendiri serta memerlukan seseorang itu memberikan fokus dan perhatian terhadap sendiri yang dipanggil *self- focused attention*. Ini termasuklah kenyataan sendiri yang positif dan negatif tentang kepercayaan seseorang, jangkaan, matlamat, perasaan, dan peraturan yang berkaitan dengan tingkah laku seseorang yang dirangkum sebagai persepsi sendiri (*self-perception*).

Hofmann et al., (2004) telah menjalankan kajian untuk melihat sama ada berlaku perubahan dalam persepsi sendiri (*self perception*) semasa rawatan kebimbangan sosial. Sebanyak 90 orang pesakit yang mengalami kebimbangan sosial telah dipilih secara rawak untuk menerima rawatan sama ada kumpulan Terapi Kognitif Tingkah laku, kumpulan Terapi *Exposure* atau kumpulan menunggu. Bagi Terapi Kognitif Tingkah laku dan Terapi *Exposure* 12 sesi rawatan diberikan dan tiada apa-apa rawatan diberikan kepada kumpulan menunggu. Terapi *Exposure* termasuklah *in vivo exposure*, *video feedback*, latihan diktatik dan tugas sebagai kerja rumah. Manakala bagi terapi kognitif tingkah laku pesakit telah diberikan kemahiran untuk mengenal pasti pemikiran negatif, melihat hubungan antara perasaan bimbang dengan pemikiran, melihat kesilapan-

kesilapan dalam pemikiran, membuat alternatif yang lebih rasional terhadap kesilapan pemikiran dan tugas sebagai kerja rumah.

Dapatan kajian telah dianalisis menggunakan statistik kekerapan dan *ANOVA*. Hasil kajian menunjukkan kedua-dua terapi berkesan dalam mengurangi kebimbangan sosial. Kedua-dua rawatan juga menunjukkan pengurangan dalam bilangan pemikiran negatif berfokuskan sendiri atau persepsi sendiri, jika dibandingkan dengan kumpulan menunggu. Ini bermakna kedua-dua rawatan untuk kebimbangan sosial ini mampu mengubah pemikiran negatif berfokuskan sendiri. Walau bagaimanapun perubahan negatif berfokuskan sendiri dan perubahan dalam kebimbangan sosial mempunyai korelasi secara signifikan hanya dalam kumpulan Terapi Kognitif Tingkah laku.

Hayes (2006) pula telah menjalankan kajian untuk melihat perbandingan keberkesanan Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku dengan temu bual motivasi dan tanpa temu bual motivasi bagi mengurangkan kebimbangan sosial, penggunaan alkohol dan kesan negatif kebimbangan sosial terhadap pelajar universiti. Dua puluh tiga orang pelajar universiti yang mempunyai kebimbangan sosial terlibat dalam kajian ini dan telah dibahagi secara rawak kepada kumpulan terapi tingkah laku kognitif tanpa temu bual motivasi ($n = 10$) dan kumpulan Terapi Kognitif Tingkah laku dengan temu bual motivasi ($n = 13$). Kebimbangan sosial partisipan, penggunaan alkohol dan kesan negatif penggunaan alkohol dinilai dengan menggunakan *Social Anxiety Scale*, *Timeline Follow-back Daily Drinking Estimation Method*, dan *Rutgers Alcohol Problem Index*.

Data telah dianalisis dengan menggunakan ujian MANCOVA untuk melihat perbezaan skor bagi setiap pemboleh ubah bersandar (kebimbangan sosial, penggunaan alkohol dan kesan negatif alkohol) di antara partisipan pada rawatan pra dan rawatan pos.

Hasil kajian menunjukkan Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku sama ada menggunakan temu bual motivasi atau tidak didapati dapat mengurangkan tahap kebimbangan sosial daripada rawatan pra dibandingkan dengan rawatan pos.

Sebaliknya Muris, Meesters, dan Melick (2002) dalam kajian mereka pula cuba untuk membuat perbandingan kesan terapi kumpulan kognitif tingkah laku (CGBT) dengan intervensi placebo psikologi bagi merawat kecelaruan kebimbangan. Sebanyak 30 orang kanak-kanak berumur antara 9-12 tahun telah diagihkan kepada Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku ($n = 10$), kumpulan Intervensi Placebo Psikologi ($n = 10$) dan kumpulan kawalan tanpa intervensi ($n = 10$). Murid-murid yang dipilih sebagai partisipan telah ditapis dengan menggunakan *Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)* dan *State-trait Anxiety Inventory For Children (STAIC)*. Kemudian pelajar-pelajar ini telah ditemu bual menggunakan *Diagnostic Interview Schedule For Children (DISC)* iaitu alat yang digunakan untuk menilai masalah patologi yang biasa dalam kalangan kanak-kanak dan remaja. Bagi kedua-dua kumpulan rawatan, tahap kebimbangan kanak-kanak telah diukur menggunakan RCADS dan STAIC sebelum, semasa dan selepas rawatan. Walau bagaimanapun, bagi kumpulan kawalan penilaian dilakukan dengan cara menguji dan menguji semula penilaian iaitu pada minggu awal kajian (pra) dan selepas kajian (pos).

Kanak-kanak di dalam kumpulan Terapi Kognitif Tingkah laku diberikan rawatan dengan menggunakan *Coping Koala CBT* iaitu satu program yang diadaptasi daripada program *Coping Cat Kendall*. Program singkat ini mengandungi 12 sesi dengan masa 30 minit setiap sesi yang memberikan penekanan kepada mengenal pasti perasaan bimbang, menstruktur semula kognitif dalam situasi yang menimbulkan kebimbangan, menangani

self talk, pendedahan kepada stimuli yang menimbulkan ketakutan, menilai penampilan dan mengawal peneguhan sendiri. Latihan relaksasi dan main peranan dijalankan semasa sesi keempat. Sesi seterusnya pula kanak-kanak telah dilatih menguasai kebimbangan dan ketakutan mereka dengan kaedah yang dipanggil *FEAR plan*. Melalui kaedah ini kanak-kanak dilatih menggunakan strategi psikologi, kognitif dan tingkah laku dalam situasi yang memberikan ancaman kepada mereka

Bagi kumpulan intervensi psikologi placebo pula, program rawatan lebih tertumpu kepada melatih dan menggalakkan kanak-kanak menulis keadaan emosi mereka. Kanak-kanak diberikan cerita Anne Frank yang menulis di dalam diari perasaannya semasa perang dunia kedua. Melalui penulisan ini Anne Frank telah dapat menangani kebimbangannya secara berkesan. Sepanjang 12 sesi kanak-kanak dikehendaki menulis perasaan mereka ketika berdepan dengan situasi yang menyebabkan kebimbangan kepada mereka (Muris et al., 2002).

Analisis data dilakukan dengan menggunakan ujian *t* dan analisis varian satu hala (ANOVA). Hasil kajian mendapati CBT bukan sahaja dapat mengurangkan kebimbangan secara signifikan tetapi juga dapat mengurangkan simptom depresi secara signifikan. Walau bagaimanapun, Intervensi Placebo Psikologi tidak menunjukkan kesan pengurangan kebimbangan yang signifikan dalam kumpulan rawatan daripada ujian pra kepada ujian pos.

Herbert, Rheingold, dan Goldstein (2002) pula mengkaji keberkesanan terapi kumpulan singkat Kognitif Tingkah laku bagi menangani kecelaruan kebimbangan sosial. Objektif kajian ini yang pertama adalah untuk melihat kesan versi singkat terapi kumpulan kognitif tingkah laku bagi mengurangi kecelaruan kebimbangan sosial

berbanding dengan rawatan biasa CBT berdasarkan protokol 12 minggu rawatan selepas penilaian rawatan pos. Objektif kedua adalah untuk melihat perbezaan individu yang menerima rawatan singkat CBT secara kumpulan dan individu yang menerima rawatan CBT 12 minggu. Selain itu objektif kajian ini adalah untuk melihat kesan jangka panjang dari rawatan singkat CBT terhadap kebimbangan sosial. Partisipan terdiri daripada 26 orang iaitu sebanyak 21 orang dapat menamatkan enam minggu rawatan serta terlibat dalam penilaian pos, manakala lima orang menamatkan rawatan lebih awal dan tidak terlibat dengan penilaian pos. Partisipan merupakan 16 orang wanita dan 10 orang lelaki yang berusia antara 20-59 tahun. Mereka terlebih dahulu telah ditemu bual menggunakan *structured clinical interview for the DSM-IV* (SCID-IV) dan memenuhi kriteria kecelaruan kebimbangan sosial. Hasil dapatan menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam hasil rawatan yang dinilai daripada laporan sendiri dan juga partisipan yang terlibat turut menyatakan mereka mengalami pengurangan dalam kebimbangan sosial. Hasil dapatan juga menunjukkan peningkatan berlaku hingga minggu ke-6 dan seterusnya kekal baik hingga enam minggu susulan selepas rawatan ditamatkan. Keadaan ini kekal dalam tempoh tiga bulan susulan.

Satu kajian secara analisis meta telah dijalankan oleh Britton (2006) untuk meneliti kesan terapi kumpulan kognitif tingkah laku kanak-kanak dan remaja yang mempunyai kebimbangan sosial. Objektif analisis meta ini adalah untuk menentukan keberkesanan terapi kumpulan kognitif tingkah laku bagi mengurangkan simptom kebimbangan sosial sampel kajian serta melihat saiz kesan rawatan terapi kumpulan kognitif tingkah laku selepas susulan. Britton (2006) mendapati dalam tujuh kajian terapi kumpulan kognitif tingkah laku yang dijalankan terhadap kanak-kanak yang mempunyai

masalah kebimbangan sosial, kesan saiz yang besar ditunjukkan oleh terapi kumpulan kognitif tingkah laku. Kesan saiz ini menunjukkan terapi kognitif tingkah laku sangat efektif untuk merawat simptom-simptom kecelaruan kebimbangan sosial.

Sebaliknya, Albano et al. (2000) telah menjalankan kajian rintis untuk melihat keberkesanan Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku bagi remaja perempuan yang mengalami kecelaruan kebimbangan sosial dan kesan masalah ini terhadap kemungkinan depresi yang serius. Kajian melibatkan 35 orang remaja perempuan yang telah diagihkan kepada kumpulan rawatan (12 orang) dan kumpulan kawalan (23 orang). Teknik yang digunakan termasuklah latihan pendedahan, penstrukturan semula kognitif dan kemahiran sosial. Rawatan telah dinilai pada peringkat awal, selepas rawatan dan selepas susulan satu tahun. Selepas enam minggu rawatan ternyata Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku dapat mengurangkan simptom kebimbangan sosial jika dibandingkan dengan kumpulan kawalan. Kajian juga mendapati kebimbangan sosial yang serius dapat dikurangkan serta dapat mengurangkan risiko berulangnya depresi dalam kalangan mereka yang pernah mempunyai sejarah depresi.

David, Sauter, Van Widenfelt, Vermeiren, dan Westernberg (2011) pula cuba melihat kesan terapi kognitif tingkah laku terhadap remaja yang ponteng sekolah dan mengalami masalah kebimbangan. Kajian telah dijalankan terhadap 21 orang remaja yang dikenal pasti mempunyai masalah kebimbangan. Dalam kajian ini, kebimbangan telah diukur menggunakan *Multidimensional Anxiety Scale for children* manakala *Children's Depression Inventory* digunakan untuk mengukur kadar depresi dalam kalangan remaja. Kajian ini merupakan kajian eksperimen menggunakan ujian pra dan ujian pos. Data telah dianalisis dengan menggunakan *ANOVA* secara berulang.

Hasil kajian mendapati penggunaan rawatan Kognitif Tingkah laku ternyata berkesan dalam meningkatkan kadar kehadiran ke sekolah dalam kalangan remaja. Peningkatan dalam kadar kehadiran ke sekolah juga disertai dengan kadar pengurangan yang signifikan dalam rasa takut terhadap sekolah dan kebimbangan berdasarkan laporan sendiri sampel kajian dan laporan ibu bapa mereka. Kesan pengurangan dalam ketakutan dan kebimbangan dapat dilihat kepada saiz kesan yang diperolehi iaitu antara sederhana dan besar.

Sebaliknya Kerns, Read, Klugman, dan Kendall (2013) telah mengkaji simptom-simptom kebimbangan sebagai peramal kepada kesan terapi Kognitif Tingkah laku dalam jangka pendek dan jangka panjang terhadap remaja yang mengalami kebimbangan sosial. Kajian ini mempunyai tiga tujuan iaitu pertama untuk melihat sama ada simptom kebimbangan sosial pada rawatan pra menjadi peramal kepada rawatan, kedua melihat perbezaan reaksi terhadap rawatan dalam kalangan remaja yang mempunyai kebimbangan dan tidak mempunyai kebimbangan dalam jangka masa pendek dan jangka masa panjang serta yang ketiga untuk meneroka sama ada trajektori dalam kalangan remaja yang didiagnos atau mempunyai kebimbangan sosial sama dengan remaja yang mempunyai keclaruan kebimbangan pada rawatan pra. Seramai 91 orang remaja terlibat dalam kajian ini. Temu bual semi-struktur *ADIS* digunakan untuk menentukan simptom, keseriusan dan etiologi kebimbangan sosial. Dengan menggunakan *hierarchal linear modeling*, hasil kajian mendapati remaja yang terlibat memperoleh manfaat yang sama dari rawatan pra kepada rawatan pos dalam satu tahun susulan tanpa mengira mengira simptom kebimbangan yang dialami. Walau bagaimanapun, rawatan Kognitif Tingkah laku secara signifikan kurang berkesan terhadap remaja yang mempunyai simptom dan

didiagnos mengalami kebimbangan sosial selepas 7.4 tahun susulan. Ternyata keadaan ini berbeza bagi remaja yang mempunyai kebimbangan yang serius pada rawatan pra. Oleh itu walau pun kajian ini membuktikan terapi Kognitif Tingkah laku berkesan terhadap dua keadaan remaja, namun hasil kajian juga menunjukkan bagi remaja yang didiagnos atau mempunyai simptom kebimbangan sosial memerlukan rawatan yang lebih panjang untuk memastikan kesan rawatan kekal dalam jangka panjang.

Berbeza dengan Kley, Heinrich, Bender dan Tuschen-Caffier (2012) yang cuba mengenal pasti faktor peramal terhadap keberkesanan rawatan Kognitif Tingkah laku. Di antara faktor peramal yang dikenal pasti menyumbang kepada hasil rawatan ialah keseriusan simptom kebimbangan sosial pada rawatan pra dan juga psikopatologi dalam kalangan ibu bapa. Selain itu kajian ini juga bertujuan untuk melihat bagaimana rawatan dapat mempengaruhi perubahan dalam kebimbangan sosial. Sampel kajian terdiri dari 75 orang kanak-kanak dan remaja yang berusia antara 8-12 tahun (43 perempuan dan 32 lelaki). Rawatan dilaksanakan secara kelompok selama 12 sesi menggunakan pendekatan Kognitif Tingkah laku. Kajian ini merupakan kajian eksperimen menggunakan ujian pra dan ujian pos. Instrumen yang digunakan termasuk *Diagnostic Interview for Mental Disorder in Children And Adolescents* bagi mengdiagnosis kecelaruan kebimbangan, *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* untuk menilai keseriusan simptom kecelaruan kebimbangan sosial, *Children's Depression Inventory* untuk mengukur depresi dalam kalangan kanak-kanak dan remaja, *Child Behavior Checklist* untuk mengukur masalah emosi dan tingkah laku kanak-kanak, *Brief Symptom Inventory* untuk mengukur psikopatologi ibu bapa, *Self-consciousness Questionnaire for Children and Adolescents* bagi menilai kesedaran sendiri peribadi dan awam kanak-kanak dan remaja,

serta *Questionnaire to Assess Children and Adolescents' Emotion Regulation* untuk menilai strategi regulasi emosi dalam bertindak balas terhadap kebimbangan, kesedihan dan kemarahan. Data dianalisis menggunakan *ANOVA* dan *MANOVA*.

Hasil dapatan menunjukkan secara umum rawatan menggunakan pendekatan Kognitif Tingkah laku berkesan dalam membantu kanak-kanak yang mengalami kecelaruan kebimbangan sosial. Walau bagaimana pun peramal paling signifikan dalam mengurangi simptom-simptom kebimbangan sosial adalah keseriusan kecelaruan kebimbangan sosial iaitu semakin tinggi kadar kebimbangan sosial seseorang pada rawatan pra semakin besar kadar pengurangan kebimbangan sosial pada rawatan pos. Selain itu dapatan juga menunjukkan perubahan dalam kesedaran sendiri dan menangani kebimbangan dengan cara yang tidak adaptif (*maladaptive anxiety coping*) menjadi peramal kepada perubahan terhadap kebimbangan sosial.

Breinholst, Esbjorn, Reinholdt-Dunne & Stallard (2012) pula menjalankan kajian berbentuk ulasan literatur yang berkaitan dengan penglibatan ibu bapa dalam meningkatkan kesan rawatan Terapi Kognitif Tingkah laku. Pencarian literatur dikendalikan dengan menggunakan PsycINFO dan PubMed. Kajian yang dimuatkan dalam ulasan ini hanyalah kajian berbentuk *randomized control trial (RCT)* yang diterbitkan sehingga tahun 2011, yang membandingkan kesan Terapi Kognitif Tingkah laku terhadap kanak-kanak dengan penglibatan ibu bapa dan tanpa penglibatan ibu bapa. Sebanyak sebelas kajian telah dimasukkan dalam ulasan literatur ini. Hasil tinjauan literatur menunjukkan secara keseluruhan 9 daripada 11 kajian mengambil kira kanak-kanak dari pelbagai aspek simptom kebimbangan misalnya kecelaruan kebimbangan perceraian, kecelaruan kebimbangan umum, kecelaruan kebimbangan melampau, fobia

sosial, fobia spesifik dan kecelaruan panik serta kecelaruan penyesuaian. Dari segi umur pula kebanyakan kajian melibatkan sampel yang berumur antara 6 hingga 12 tahun. Dari segi saiz sampel pula adalah antara 11 hingga 128 orang. Manalaka dari segi sesi rawatan adalah antara 12 hingga 24 sesi bagi ibu bapa dan 8 hingga 16 sesi bagi kanak-kanak. Berdasarkan tinjauan tersebut pengkaji telah merumuskan bahawa Terapi Kognitif Tingkah laku berkesan bagi menangani masalah kecelaruan kebimbangan dalam kalangan kanak-kanak walaupun tanpa penglibatan ibu bapa. Apa yang dapat dibuktikan ialah bahawa, kanak-kanak masih memperoleh manfaat dari rawatan menggunakan Terapi Kognitif Tingkah laku walau pun ibu bapa enggan atau gagal untuk bersama dalam terapi tersebut.

Herbert et al. (2009) pula telah menjalankan kajian untuk melihat keberkesanan terapi Kognitif Tingkah laku dibandingkan dengan psikoterapi menggunakan sokongan psikopendidikan. Beliau dan rakan-rakan juga turut membuat analisis dan penerokaan keberkesanan terapi Kognitif Tingkah laku yang dikendalikan secara kumpulan dibandingkan secara individu. Seramai 73 orang remaja terlibat iaitu 42 orang remaja perempuan dan 31 orang remaja lelaki yang purata berumur 15 tahun. Kajian ini menggunakan kaedah ujian pra dan ujian pos dengan melihat kesan rawatan Terapi Kumpulan Kognitif Tngkah laku, Terapi Individu Kognitif Tngkah laku dan Terapi Sokongan Psikopendidikan. Antara instrumen yang digunakan dalam kajian ini ialah *Anxiety Disorder Interview Schedule* untuk menilai kecelaruan kebimbangan; *The Clinical Global Impression Scale-Severity* untuk menilai keseriusan simptom secara keseluruhan; *Social Phobia Anxiety Inventory for Children* untuk menilai situasi yang berpotensi menyebabkan kebimbangan dan untuk menilai ciri-ciri fizikal, kognitif serta

tingkah laku mengelak individu yang mempunyai kecelaruan kebimbangan sosial; *Social Anxiety Scale for Children* untuk menilai kebimbangan sosial; *Reaction to Treatment Questionnaire* untuk menilai jangkaan sampel terhadap rawatan; *Behavioral Assessment* untuk menilai tingkah laku yang dipamerkan; serta *Subjective Units of Discomfort Scale* untuk mengukur kadar kebimbangan selepas setiap tingkah laku yang dipamerkan. Ujian ANOVA dan ujian *post hoc* telah digunakan untuk menganalisis data.

Hasil dapatan menunjukkan ketiga-tiga bentuk rawatan berkesan dalam membantu mengurangi simptom kebimbangan dan distress serta dapat meningkatkan kefungsian psikososial. Selain itu dapatan juga menunjukkan rawatan tersebut dapat membantu bukan sahaja dari aspek yang diukur (simptom dan tingkah laku) tetapi juga memberikan kesan terhadap persembahan atau perhubungan sosial. Walau bagaimanapun berkaitan dengan perbezaan dari segi rawatan ternyata hasil dapatan berbeza-beza. Jika dilihat kepada laporan sendiri dan kaunselor terhadap simptom dan tahap kefungsian sampel tiada sebarang perbezaan diperolehi mengikut bentuk rawatan. Tetapi jika dilihat data tingkah laku, Terapi Kognitif Tingkah laku didapati lebih berkesan berbanding rawatan Terapi Sokongan Psikopendidikan. Dari sudut lain pula Terapi Individu Kognitif Tingkahlaku didapati lebih berkesan berbanding rawatan Sokongan Psikopendidikan pada rawatan pos walaupun tiada sebarang perbezaan kesan rawatan antara Terapi Individu dan Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku.

Puleo, Conner, Benjamin, & Kendall (2011) sebaliknya mengkaji sama ada kesan terapi kognitif tingkah laku terhadap mereka yang mengalami kebimbangan dalam penggunaan bahan kimia dapat dikekalkan untuk tempoh jangka panjang (7.4 tahun susulan) selepas mengawal beberapa faktor peramal kepada kecelaruan penggunaan

bahan kimia seperti peristiwa negatif dalam kehidupan, penyalahgunaan bahan kimia dalam kalangan ahli keluarga, faktor umur dan lain-lain. Mereka membuat hipotesis bahawa kesan Terapi Kognitif Tingkah laku dapat diperkukuhkan lagi setelah mengambil kira pemboleh ubah kawalan tersebut. Kajian telah dijalankan terhadap 72 orang sampel yang berumur antara 9 hingga 13 tahun yang biasa menggunakan bahan kimia seperti alkohol, tembakau, marijuana dan narkotik dalam menangani kebimbangan mereka. Beberapa instrumen digunakan dalam kajian ini termasuklah *Anxiety disorders interview schedule for children*, *Child behavior checklist*, *Comprehensive Adolescent Severity Inventory-alcohol and other drug module*, dan *Adolescent Perceived Events Scale*. Data telah dianalisis dengan menggunakan *hierarchical linear* dan regresi logistik.

Hasil dapatan kajian menunjukkan rawatan Kognitif Tingkah laku sangat efektif bagi sampel yang mempunyai kebimbangan sosial dalam mencegah kecelaruan tingkah laku yang berkaitan dengannya seperti penyalahgunaan bahan kimia dan sebagainya. Walau bagaimanapun ciri-ciri individu berhubung penyalahgunaan bahan kimia bukanlah peramal yang baik kepada penyalahgunaan bahan kimia pada masa depan jika dibandingkan reaksi mereka terhadap rawatan yang diberikan. Ini dapat dibuktikan dengan jelas jika dilihat kesan rawatan pos yang yang boleh dijadikan sebagai indikator kukuh yang menunjukkan faktor di atas tidak berkaitan dalam penggunaan bahan kimia pada masa depan. Kajian juga mencadangkan keberkesanan rawatan Kognitif Tingkah laku dapat menghalang penggunaan teknik-teknik yang tidak sihat tersebut, malah sebaliknya memberi alternatif kepada mereka yang mempunyai kebimbangan menggunakan kemahiran menangani masalah kebimbangan ini dengan lebih adaptif

Dalam konteks kajian di Malaysia, satu kajian tentang kesan kaunseling kelompok Pendekatan Kognitif Tingkah laku dan Pendekatan Fenomenologi bagi mengurangkan kebimbangan sosial telah dilakukan oleh Wan Abdul Kadir (1994). Beliau telah menjalankan kajian ke atas pelajar Pengajian Psikologi sejumlah 40 orang yang dipilih secara rawak. Peserta kajian telah diagihkan dan dimasukkan ke dalam kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Sebanyak enam sesi kaunseling diberikan kepada kumpulan rawatan dengan menggunakan gabungan Pendekatan Humanistik-Fenomenologi dan Kognitif Tingkah laku. Tiada sebarang rawatan diberikan kepada kumpulan kawalan. Lima jenis inventori digunakan iaitu Skala Penghindaran dan Kebimbangan Sosial, Inventori Kebimbangan Keadaan, Inventori Kebimbangan Tret, Lokus Kawalan Dalaman dan Luaran serta Inventori Orientasi Peribadi.

Dengan menggunakan analisis statistik ujian-*t*, MANCOVA dan Korelasi hasil dapatan menunjukkan gabungan pendekatan Humanistik-Fenomenologi dan Tingkah laku Kognitif berjaya mengurangkan kadar kebimbangan sosial bagi kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam skor ujian pra ke ujian pos. Walau bagaimanapun pendekatan ini tidak memberikan kesan kepada perubahan dalam penghargaan sendiri serta lokus kawalan bagi kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan dalam skor ujian pra dan ujian pos.

3.9 Keberkesanan Terapi Kognitif Tingkah laku bagi merawat pelbagai jenis keimbangan dan masalah tingkah laku lain

Keberkesanan Terapi Kognitif Tingkah laku juga dapat dilihat daripada kajian Addis et al. (2004) yang mengkaji keberkesanan rawatan Kognitif Tingkah laku dalam merawat masalah panik (*panic disorder*) berbanding dengan rawatan biasa. Kajian telah dijalankan ke atas 80 orang klien yang dikenal pasti mengalami masalah panik (*panic disorder*). Sampel telah dipilih secara rawak untuk diberikan rawatan sama ada Terapi Kawalan Panik (*Panic Control Therapy*) yang berasaskan terapi kognitif tingkah laku atau rawatan biasa (*treatment as usual*). *Anxiety Disorder Interview Schedule-IV* digunakan untuk mengenal pasti masalah klien. Beberapa alat ujian lain yang digunakan dalam kajian ini ialah *The Panic Disorder Severity Scale* untuk mengukur tahap panik, *the Fear Questionnaire* untuk mengukur pengelakan fobia (*phobia avoidance*), *The Beck Depression Inventory* untuk mengukur depresi, *The Outcome Questionnaire* untuk mengukur simptom tekanan, fungsi sosial dan fungsi interpersonal bagi mengukur kesejahteraan umum serta *Treatment Credibility* untuk mengukur kredibiliti rawatan.

Terapi Kawalan Panik yang didasarkan kepada Terapi Kognitif Tingkah laku mempunyai lapan hingga 15 sesi rawatan. Terapi Kawalan Panik mengintegrasikan *psychoeducation*, kognitif dan komponen rawatan berasaskan pendedahan (*exposure based*). Rawatan telah dimulakan dengan *psychoeducation* berhubung dengan peranan psikologi, kognitif dan faktor tingkah laku dalam pengekalan masalah panik. Klien kemudian belajar untuk melihat dan mencabar pemikiran yang salah dan cuba mengurangkan perasaan tersebut dengan latihan pernafasan serta mendedahkan diri

mereka kepada situasi yang membangkitkan ketakutan sehingga situasi itu membiasakan mereka kepada ketakutan.

Dengan menggunakan analisis statistik *ANOVA* satu hala dan analisis *multivariate covariance (MANCOVA)* hasil keseluruhan kajian mendapati secara tentatif menyokong keupayaan Terapi Kawalan Panik yang didasarkan kepada terapi kognitif tingkah laku bagi membantu klien mengurangkan panik berbanding dengan rawatan biasa. Klien yang dirawat dengan Terapi Kawalan Panik juga menunjukkan perubahan yang signifikan daripada rawatan pra kepada rawatan pos dalam ukuran tahap panik, depresi dan kesejahteraan umum berbanding dengan klien yang menerima rawatan biasa.

Landouceur et al. (2000) pula melihat keberkesanan rawatan kognitif tingkah laku bagi merawat masalah kebimbangan umum (*generalized anxiety*). Penilaian telah dijalankan dalam konteks klinikal. Kajian telah dijalankan ke atas 26 orang pesakit yang mengalami masalah kebimbangan umum yang dipilih secara rawak. Empat-belas (14) orang pesakit diberikan rawatan dan 12 orang lagi merupakan senarai menunggu sebagai kumpulan kawalan. Pengkaji telah menggunakan *The Beck Anxiety Inventory* untuk mengukur intensiti kognitif, afektif dan simptom kebimbangan somatik yang dialami sepanjang minggu. *The Intolerance of Uncertainty Scale* digunakan untuk mengukur kadar ketidak toleransi terhadap ketidakpastian (*intolerance of uncertainty*) iaitu komponen utama di dalam model masalah kebimbangan umum. Manakala *The Therapist Rating Scale* digunakan untuk mengukur kredibiliti rawatan dan jangkaan pesakit berhubung dengan perubahan yang terapeutik. Bagi kumpulan menunggu tiada rawatan diberikan tetapi bagi kumpulan rawatan 8 hingga 15 sesi diberikan.

Penilaian susulan juga dilaksanakan dalam tempoh 6 hingga 12 bulan rawatan. Analisis statistik menggunakan ANOVA dua hala menunjukkan rawatan kognitif tingkah laku ternyata berkesan untuk mengurangi kebimbangan, simptom somatik, kebimbangan umum dan depresi. Hasil kajian juga menunjukkan terdapat pengurangan yang signifikan dalam keenam ukuran bagi kumpulan rawatan daripada skor ujian pra kepada ujian pos berbanding dengan tiada perubahan bagi kumpulan kawalan dalam skor ujian pra kepada ujian pos. Malah rawatan yang diterima kekal dalam tempoh 6 hingga 12 bulan susulan.

Di Malaysia terdapat banyak kajian yang menggunakan Terapi Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam menangani masalah pelajar. Abdul Malek (2004) telah menggunakan Terapi Kognitif Tingkah laku dalam menangani tingkah laku buli murid sekolah menengah dengan menggunakan kaedah eksperimen. Keberkesanan rawatan diuji dengan menggunakan soal selidik laporan sendiri dan laporan rakan sebaya secara pra dan pos berkaitan dengan tingkah laku buli, empati, kelangsangan dan penghargaan sendiri. Subjek kajian terdiri daripada 48 murid tingkatan dua dan tingkatan empat yang diagihkan secara rawak ke dalam enam kumpulan. Setiap tingkatan dibentuk tiga kumpulan dengan masing-masing dua kumpulan rawatan dan satu kumpulan kawalan. Subjek diberikan lapan sesi kaunseling kelompok mingguan dan maraton dalam jangka masa enam minggu. Data kajian dianalisis dengan menggunakan ujian *t*, ANOVA, MANCOVA, *Post Hoc* jenis *Tukey* dan pekali kolerasi Pearson. Ujian ANOVA digunakan untuk melihat perbezaan antara ketiga-tiga kumpulan pada peringkat ujian pra. MANCOVA digunakan untuk menganalisis data kajian pra dan kajian pos dengan menjadikan data kajian pra sebagai *covariate* dan data kajian pos sebagai *variate*. Ujian *post hoc* jenis *Tukey* digunakan untuk melihat perbezaan kesan rawatan antara dua jenis

kaunseling kelompok. Ujian pekali kolerasi Pearson digunakan untuk mengukur hubungan antara skala yang berkaitan dengan tingkah laku buli. Analisis *trend* bertujuan menggambarkan perubahan min skor setiap pemboleh ubah terikat. Aras kesignifikan ditetapkan pada .05. Keputusan ujian menunjukkan kaunseling kelompok berstruktur berdasarkan Model Kognitif Tingkah laku berkesan secara signifikan dalam (a) mengurangkan tingkah laku buli dan mengurangkan kelangsangan semua subjek, (b) meningkatkan empati semua subjek, dan (c) meningkatkan penghargaan sendiri subjek tingkatan dua tetapi tidak kepada subjek tingkatan empat. Kelompok mingguan didapati lebih berkesan dalam mempengaruhi skor semua pemboleh ubah terikat.

Muhammad Nasir (2006) pula menggunakan kaunseling kelompok Pendekatan REBT untuk menangani masalah remaja berisiko. Kajian telah dijalankan secara eksperimental ke atas 60 orang murid sekolah. Hasil kajian mendapati kaunseling kelompok menggunakan Pendekatan REBT berkesan bagi meningkatkan daya tahan, kecekapan sosial, persepsi terhadap keluarga, penghargaan sendiri serta mengurangkan tahap kemurungan dalam kalangan murid. Selain itu kaunseling kelompok ini juga didapati berkesan untuk mengenal pasti gangguan yang dialami remaja berisiko yang berpunca daripada sistem pemikiran yang tidak rasional. Pendekatan ini juga didapati berkesan dalam penyingkiran pemikiran tidak rasional yang akhirnya dapat membantu murid membuat penyesuaian emosi dan perlakuan yang lebih positif.

3.10 Rumusan

Berdasarkan tinjauan kajian daripada pelbagai lapangan terbukti kebimbangan sosial memberikan kesan negatif kepada seseorang itu sama ada secara langsung atau secara tidak langsung dalam pelbagai domain. Antaranya gangguan dari segi hubungan dengan rakan sebaya (Davilla & Beck, 2002; Flanagan, 2005; Kraus, 2006), tingkah laku yang tidak adaptif (Flanagan, 2005), penghargaan sendiri yang rendah (de Jong, 2002; Lerman, 2004) dan kesan komorbiditi seperti depresi, penyalahgunaan alkohol dan lain-lain (Fehm et al, 2005).

Di samping itu kajian lampau juga menunjukkan perhatian fokus sendiri menyumbang kepada peningkatan dalam kebimbangan sosial. Sebagai contoh, kajian eksperimen yang telah dijalankan oleh Woody dan Rodriguez (2000), Mellings dan Alden (2000) dan Walter (2006). Tinjauan lampau juga menunjukkan terdapat perbezaan dalam perhatian fokus sendiri mengikut jantina. Analisis meta oleh Mor dan Winguist (2002) mendapati perhatian fokus sendiri (*self focused attention*) sangat kuat berkaitan dengan kesan negatif dalam kalangan perempuan berbanding dengan lelaki.

Selain itu daripada dapatan beberapa kajian ternyata Terapi Kognitif Tingkah laku berjaya mengurangkan kebimbangan sosial dalam kalangan individu yang mengalami kebimbangan sosial. Walaupun telah terdapat pelbagai kajian namun dalam konteks kajian di Malaysia amat terhad. Jika dilihat kepada kajian Wan Abdul Kadir (1994) kajian didapati tidak memberikan fokus kepada Terapi Kognitif semata-mata tetapi telah menggabungkannya dengan beberapa terapi yang lain. Oleh itu dalam kajian ini pengkaji akan memberikan fokus kepada hanya Terapi Kognitif Tingkah laku dan melihat bukan sahaja kesan dalam pengurangan kebimbangan sosial dengan memberikan fokus kepada

ketakutan penilaian negatif dan perhatian fokus sendiri. Berdasarkan kajian lampau yang telah dibincangkan di atas juga ternyata pelbagai teknik digunakan dalam rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku seperti pendedahan, latihan relaksasi dan penstrukturan semula kognitif. Ternyata teknik-teknik tersebut berkesan untuk mengurangkan kebimbangan. Walau bagaimanapun dalam kajian ini pengkaji menggunakan gabungan psikopendidikan, teknik pendedahan, latihan relaksasi dan penstrukturan semula kognitif dalam menangani kebimbangan sosial.

BAB 1V

METODOLOGI KAJIAN

4.1 Pendahuluan

Kajian ini merupakan kajian eksperimen bertujuan untuk menjawab tiga objektif utama kajian. Objektif pertama adalah untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK) terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Objektif kajian yang kedua adalah untuk melihat sama ada terdapat kesan interaksi antara rawatan PKTKK dengan jantina terhadap kedua pemboleh ubah bersandar iaitu kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Kebimbangan sosial diukur dengan menggunakan *Social Anxiety Scale for Adolescents* (La Greca & Lopez, 1998) dan perhatian fokus sendiri diukur dengan menggunakan *Revised Self-Consciousness Scale* (Scheier & Carver, 1985). Instrumen ini telah diterjemah ke dalam Bahasa Malaysia dengan menggunakan nama Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Skala Kesedaran Kendiri (SKK). Di samping itu, objektif ketiga kajian ini adalah untuk mengenal pasti situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan dan simptom kebimbangan sosial.

Dalam bahagian ini juga dibincangkan metodologi yang digunakan untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK) terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri dalam kalangan murid Tingkatan Enam Rendah di sebuah sekolah menengah agama. Sama ada Pendekatan

Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok ini dapat mengurangkan kebimbangan sosial atau tidak, dapat dilihat pada perbezaan min skor ukuran ujian pra dan ujian pos pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial yang diukur dengan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan perhatian fokus sendiri yang diukur dengan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) berdasarkan analisis kuantitatif. Kesan perubahan terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri juga dilihat berdasarkan saiz kesan (*effect size*) ujian pra dan ujian pos serta perbezaan kesan saiz antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Di samping itu, kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok ini juga dilihat dengan menggunakan temu bual berstruktur dan penerokaan semasa sesi kaunseling. Ini bertujuan untuk mengenal pasti bagaimana remaja yang mengalami kebimbangan sosial dapat mengurangkan kebimbangan mereka dari segi fisiologi, afektif dan tingkah laku. Data temu bual ini hanyalah sebagai triangulasi sahaja. Oleh itu bab ini membincangkan bagaimana kajian ini dijalankan termasuk reka bentuk kajian, pemilihan subjek kajian, pemboleh ubah kajian, instrumen kajian bagi tujuan mengumpul data, kajian rintis, kaedah pengumpulan data serta kaedah penganalisan data dan kesimpulan sebagai rumusan perbincangan bab ini.

4.2 Reka bentuk Kajian

Kajian ini merupakan kajian eksperimen dengan menggunakan reka bentuk faktorial 2x2 ujian pra dan ujian pos. Reka bentuk ini digunakan memandangkan dalam kajian ini terdapat dua faktor (pemboleh ubah tidak bersandar). Setiap faktor mempunyai dua kategori. Dua faktor tersebut ialah kumpulan (rawatan dan kawalan) dan jantina (lelaki dan perempuan). Oleh sebab kajian ini bertujuan untuk melihat kesan rawatan

Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK) terhadap skor keseimbangan sosial dan skor perhatian fokus sendiri, perbandingan dibuat dengan melihat kepada skor ujian pra dan ujian pos bagi kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan terhadap kedua-dua pemboleh ubah tersebut. Kajian eksperimen dengan reka bentuk faktorial 2x2 untuk kajian ini dijelaskan pada Jadual 4.1.

Semasa menjalankan kajian ini, pertama sekali subjek kajian telah dipilih secara rawak (**R**) bagi kumpulan rawatan dan juga kumpulan kawalan seperti yang dapat dilihat pada Jadual 4.1. Pemilihan sampel secara rawak dapat mengelakkan *bias* dan dapat mengawal pemboleh ubah luaran yang mungkin mempengaruhi dapatan kajian.

Jadual 4.1

Lakaran Kajian Ekspeimen dengan Reka Bentuk Faktorial 2x2

KUMPULAN KAWALAN	R	O₁	K	Y₁Y₂	O₂
KUMPULAN RAWATAN	R	O₁	X	Y₁Y₂	O₂

R : Agihan subjek kajian secara rawak ke dalam kumpulan

X : Rawatan (Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok, PKTKK)

O₁ :Ujian pra

O₂ :Ujian pos

K : Kawalan

Y : Pemboleh ubah moderator iaitu Jantina (**Y₁**: Lelaki; **Y₂** : Perempuan)

Seperti yang dapat dilihat pada Jadual 4.1 kedua-dua kumpulan yang terlibat dalam kajian ini iaitu kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan telah diberikan ujian pra (**O1**) bagi memperoleh skor kebimbangan sosial dan skor perhatian fokus sendiri pada awal sesi. Ujian pra bagi kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri diberikan kepada subjek sebelum rawatan PKTKK dilaksanakan. Ujian pra juga dapat membantu pengkaji dalam menentukan sama ada kedua-dua kumpulan, iaitu kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan, mempunyai persamaan dalam tahap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri.

Seterusnya kumpulan rawatan diberikan sesi kaunseling (PKTKK) iaitu rawatan (**X**) (pada Jadual 4.1). Rawatan PKTKK merupakan pemboleh ubah tidak bersandar yang menjadi fokus kajian. (**K**) merupakan kumpulan kawalan yang tidak menerima rawatan PKTKK dan akan diberikan rawatan selepas kajian dilaksanakan. Rawatan PKTKK dilaksanakan selama lapan minggu berturut-turut. Setelah lapan minggu rawatan, data dipungut sekali lagi (**O2**) sebagai data ujian pos terhadap skor kebimbangan sosial dan skor perhatian fokus sendiri. Ujian ini diberikan kepada kedua-dua kumpulan rawatan dan kawalan.

Bagi memastikan sama ada rawatan PKTKK memberikan kesan terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri, skor purata atau min skor ujian pra dan ujian pos bagi kedua-dua pemboleh ubah yang dikaji dibandingkan antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Perbezaan min ujian pra dan ujian pos ini dapat membantu pengkaji memastikan sama ada terdapat perubahan skor yang besar berlaku bagi kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan. Banyak kajian eksperimen di

Malaysia yang menggunakan kaedah perbandingan ujian pra dan ujian pos bagi melihat kesan sesuatu rawatan seperti kajian yang dilakukan oleh Abdul Malek (2004), Mohd Nasir (2006) dan Wan Abdul Kadir (1994).

4.3 Lokasi Kajian

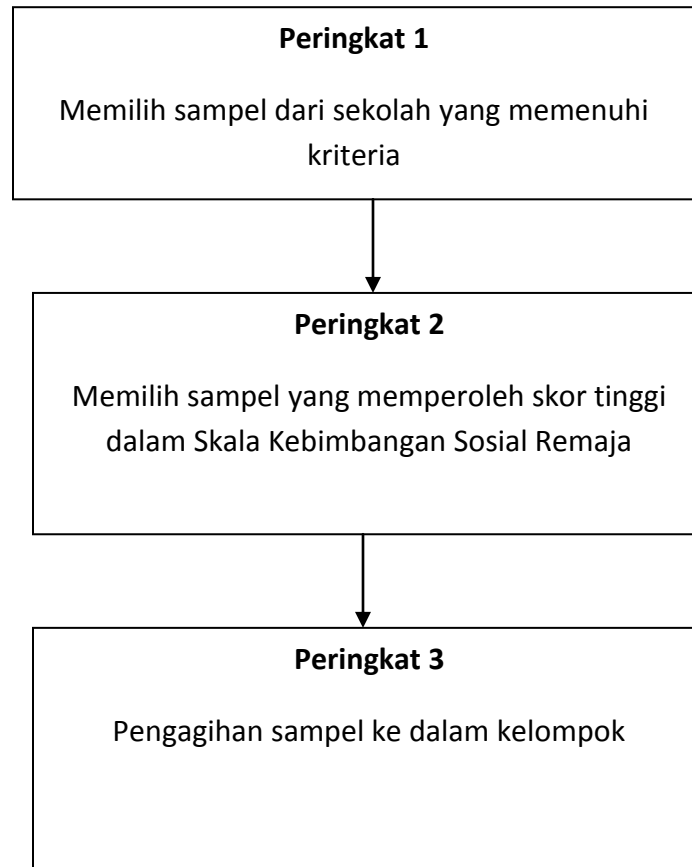
Kajian ini dijalankan di sebuah sekolah menengah di Terengganu. Pemilihan lokasi kajian adalah berdasarkan pandangan yang diberikan oleh Jorgensen (1989, dalam Marohaini, 2004) iaitu dari segi sifat dan tujuan kajian, *simplicity* tempat, kebenaran dan kemudahan masuk serta kemudahan yang ada di sekolah tersebut seperti kerjasama yang diperoleh daripada pihak pentadbir sekolah. Selain itu bagi menentukan lokasi kajian pengkaji juga mengambil kira faktor kos yang perlu ditanggung semasa kajian ini dijalankan.

4.4 Pemilihan sampel Kajian

Sebelum kajian sebenar dijalankan pengkaji juga telah membuat tinjauan awal di beberapa buah sekolah di Pantai Timur. Tujuan tinjauan awal ini adalah bagi membantu pengkaji memilih sekolah yang memenuhi kriteria sebagai sampel kajian. Sampel kajian bagi tinjauan awal dipilih daripada 15 buah sekolah di daerah Kuala Terengganu. Daripada 15 buah sekolah, lima buah sekolah dipilih secara rawak sebagai sampel kajian tinjauan awal. Setiap sekolah sejumlah 20 orang pelajar dipilih secara rawak dan menjadikan sampel kajian awal sejumlah 100 orang.

Daripada dapatan kajian awal ini pengkaji dapat mengenal pasti manakah sekolah yang memenuhi kriteria (mempunyai simptom kebimbangan sosial) dan mempunyai kebimbangan sosial berdasarkan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR), dipilih sebagai sampel kajian. Hanya satu sekolah sahaja yang terpilih dan memenuhi kriteria yang dikehendaki. Pemilihan murid dari sekolah berkenaan juga berdasarkan faktor kos dan kemudahan yang terdapat di sekolah tersebut.

Pemilihan sampel dilakukan secara bertujuan. Sampel yang dipilih dalam kajian ini merupakan murid-murid tingkatan enam rendah yang dikenal pasti mengalami kebimbangan sosial. Murid-murid yang dipilih ialah mereka yang mempunyai skor yang tinggi dalam Skala Kebimbangan Sosial untuk Remaja (SKSR). Pemilihan murid ini dilakukan dengan mendapatkan kerjasama daripada Penolong Kanan Hal Ehwal Pelajar, kaunselor sekolah dan semua guru mata pelajaran. Semua murid tingkatan enam rendah dikumpulkan di dewan. Satu taklimat diberikan oleh pengkaji berhubung dengan kajian yang akan dijalankan untuk mendapatkan kerjasama pelajar dan semua guru. Murid-murid telah diberikan instrumen Skala Kebimbangan Sosial Remaja untuk mengukur kebimbangan sosial mereka. Instrumen dijawab dalam tempoh masa antara 20 minit hingga 30 minit. Berdasarkan skor daripada instrumen tersebut, murid-murid yang didapati mempunyai skor kebimbangan yang tinggi berdasarkan instrumen kebimbangan sosial telah dipilih untuk dijadikan sampel kajian dan diagihkan secara rawak kepada kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Carta alir pemilihan dan pengagihan sampel dapat ditunjukkan dalam Rajah 4.2.



Rajah 4.1. *Carta Alir Pemilihan dan Pengagihan Sampel Kajian*

Bagi mengelak bias persampelan, para pembuat teori penyelidikan sains sosial telah menentukan saiz sampel. Bilangan sampel seramai lebih kurang 15 orang diperlukan bagi setiap kumpulan untuk kajian berbentuk eksperimen (Creswell, 2008). Oleh sebab itu bilangan sampel berjumlah 72 orang digunakan dalam kajian ini. Hansen et al. (1980) pula menyarankan bilangan ahli dalam kelompok psikoproses yang sesuai untuk sesi kaunseling adalah antara 6 hingga 12 orang manakala Corey (1987, 2008) dan Yalom (1995) menyarankan antara 7 hingga 10 orang di dalam satu kelompok. Walau

bagaimanapun dalam kajian ini pengkaji memilih 12 orang subjek untuk menganggotai setiap kumpulan atau kelompok berdasarkan Fraenkel dan Wallen (2007) yang menyarankan kekuatan keputusan kajian eksperimen yang dijalankan berdasarkan bilangan saiz subjek. Oleh itu dalam kajian ini pengkaji menetapkan sejumlah 36 orang untuk kumpulan rawatan (kumpulan rawatan 1, kumpulan rawatan 2 dan kumpulan rawatan 3) dan 36 orang untuk kumpulan kawalan (kumpulan kawalan 1, kumpulan kawalan 2 dan 3).

Dalam menentukan ahli bagi kumpulan rawatan atau kumpulan kawalan pemilihan subjek untuk kedua kelompok dilakukan secara rawak. Pengkaji menggunakan kaedah padanan (*matching*) berdasarkan gender. Dalam kajian ini pengkaji merujuk kepada sistem padanan yang dikemukakan oleh Heppner et al. (2008). Kaedah ini juga banyak digunakan oleh pengkaji tempatan misal Mohd Nasir (2006) dan Noor Azniza (2004). Agihan ahli ke dalam kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan dapat dilihat pada Jadual 4.2.

Jadual 4.2

Agihan Subjek Kajian Mengikut Kumpulan (N=72)

Kumpulan Rawatan	n	Kumpulan kawalan	n
Kumpulan rawatan 1	12	Kumpulan kawalan 1	12
Kumpulan rawatan 2	12	Kumpuilan kawalan 2	12
Kumpulan rawatan 3	12	Kumpulan kawalan 3	12
Jumlah	36		36

Kaedah pengumpulan dan penganalisan data dilakukan secara kuantitatif dan analisis temu bual (kualitatif). Walau bagaimanapun analisis utama dalam kajian ini merupakan analisis kuantitatif manakala analisis temu bual (kualitatif) adalah sebagai sokongan atau sebagai triangulasi data kuantitatif. Oleh itu, data kualitatif diperoleh dengan mendapatkan data daripada subjek kajian yang terpilih daripada kelompok rawatan. Subjek dipilih secara bertujuan daripada kumpulan rawatan sejumlah dua orang. Dua orang sahaja dipilih bagi mewakili jantina lelaki dan perempuan (seorang lelaki dan seorang perempuan). Pemilihan dua subjek dianggap mencukupi memandangkan data kualitatif hanyalah sebagai triangulasi kepada data kuantitatif sahaja. Marohaini (2004) dan Miles dan Huberman (1994) menjelaskan beberapa kriteria dalam menentukan pemilihan subjek kajian kualitatif. Pertama individu yang dipilih perlu dari kelompok tersebut. Kedua pengkaji perlu mendapat persetujuan dan kesanggupan untuk terlibat. Dalam konteks kajian ini subjek sanggup untuk ditemu bual. Ketiga dicadangkan oleh pihak tertentu (dalam kajian ini dicadangkan oleh kaunselor) berdasarkan personaliti, sikap dan keupayaan memberi maklumat atau bercakap. Justeru itu dalam memilih dua subjek untuk ditemu bual pengkaji telah mengambil kira faktor-faktor tersebut. Selain itu pemilihan subjek menggunakan kaedah ini turut digunakan oleh Mohd Nasir (2006).

4.5 Prosedur Kajian

Sebelum kajian eksperimen ini dijalankan, pengkaji terlebih dahulu memaklumkan dan mendapatkan kebenaran daripada pihak yang terbabit. Pengkaji juga mendapatkan kebenaran pihak tertentu berhubung dengan penggunaan inventori yang

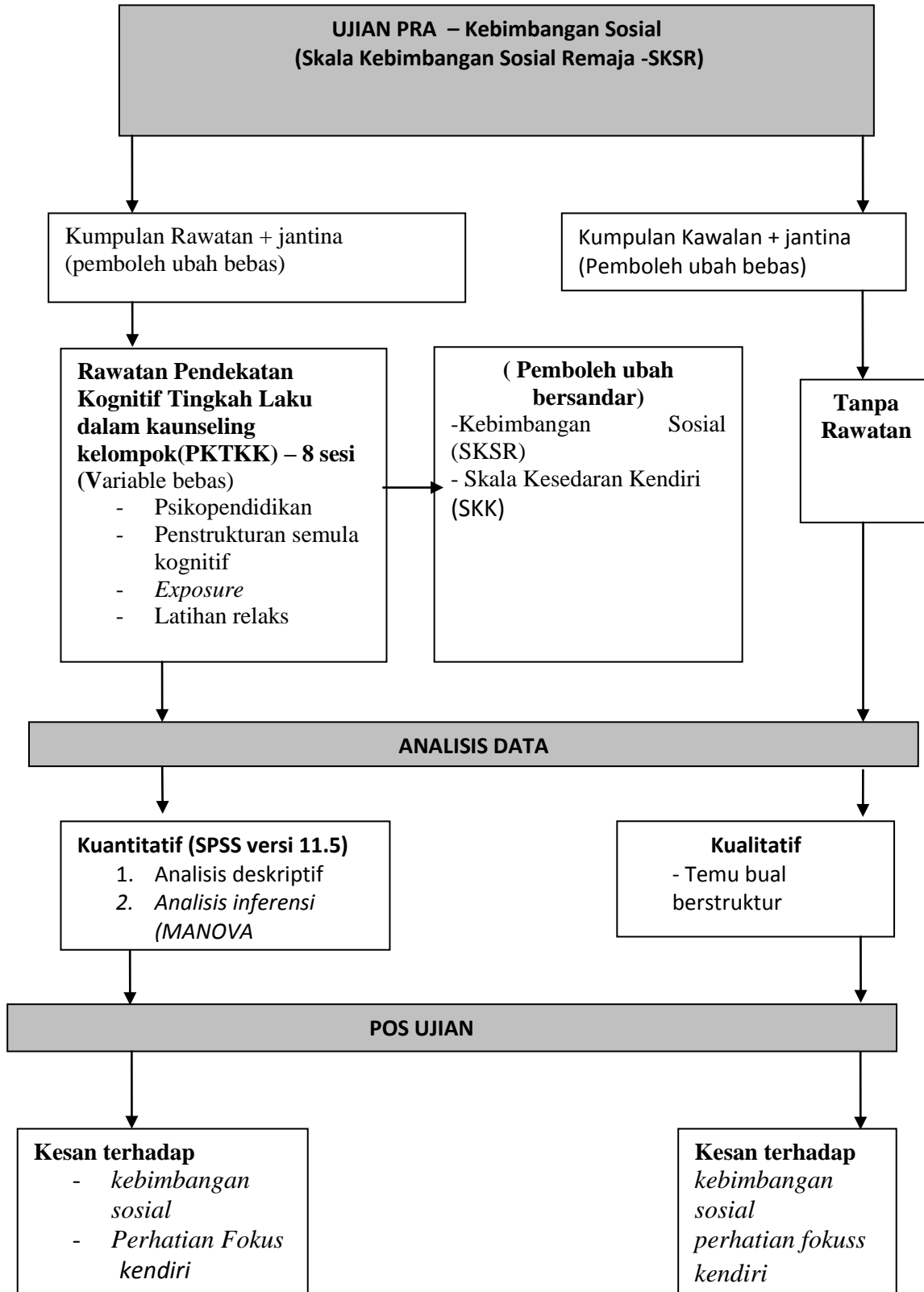
digunakan dalam kajian ini. Pengkaji juga mendapatkan persetujuan daripada subjek kajian sebelum kajian dijalankan. Satu surat persetujuan (*consent letter*) perlu ditandatangani oleh subjek kajian. Dalam surat persetujuan dinyatakan tujuan kajian ini dijalankan, faedah yang diperoleh oleh subjek daripada kajian ini, kerahsiaan (bahawa segala maklumat dan data yang diperoleh daripada kajian ini adalah dirahsiakan) dan subjek boleh menarik diri bila-bila masa tanpa dikenakan sebarang denda.

Murid-murid yang dipilih untuk mengikuti sesi rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok diberikan rawatan selama lapan sesi dan setiap sesi memakan masa selama satu jam setengah. Berbeza dengan kumpulan kawalan sejumlah 36 orang lagi tidak diberikan apa-apa rawatan, sebaliknya diberikan edaran tentang kepentingan penjagaan kesihatan diri. Instrumen ujian pra dan ujian pos diberikan serentak kepada kumpulan kawalan mengikut masa ujian pra dan ujian pos kumpulan rawatan. Bagi menjalankan sesi kaunseling pengkaji telah menggunakan perkhidmatan beberapa pensyarah Bimbingan dan Kaunseling yang juga merupakan kaunselor dari Universiti Malaysia Terengganu. Mereka juga merupakan pelajar Doktor Falsafah di beberapa universiti tempatan. Selain itu, yang turut dilibatkan dalam kajian ini ialah seorang kaunselor sekolah berkenaan. Mereka yang terlibat terdiri daripada kaunselor berdaftar dan mempunyai pengalaman lebih lima tahun sebagai kaunselor. Mereka juga pernah mengikuti beberapa siri bengkel penggunaan teknik Pendekatan Kognitif Tingkah laku. Selain itu kesemua mereka merupakan pemegang Ijazah Sarjana Muda dan Ijazah Sarjana dalam bidang kaunseling. Oleh itu bagi melaksanakan sesi kaunseling ini pengkaji hanya perlu memberikan taklimat tentang penggunaan modul dan melaksanakan satu sesi *role-play* dan simulasi untuk memastikan mereka memahami penggunaan modul

serta mendapat maklum balas daripada mereka. Selain itu juga sesi *role-play* dan simulasi dilaksanakan untuk mengelak kemungkinan terdapat perbezaan dalam pelaksanaan sesi. Pelaksanaan sesi dipantau oleh pengkaji sendiri. Selain itu, setiap kali tamat sesi satu perbincangan diadakan untuk melihat sebarang masalah dalam pengendalian sesi. Kaedah ini juga banyak digunakan oleh pengkaji di barat misalnya Inderbitzen-Nolan dan Walter (2000) dan kajian tempatan Noor Azniza (2004).

4.6 Kerangka Kerja Kajian

Kajian ini merupakan satu kajian eksperimen untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok. Kesan rawatan dilihat dengan menggunakan kaedah ujian pra dan ujian pos ke atas tiga kumpulan rawatan dan tiga kumpulan kawalan. Selain kebimbangan sosial, aspek perhatian fokus sendiri juga dilihat. Perbandingan antara data ujian pra dengan ujian pos dapat membuktikan kesan kaunseling bagi mengurangkan kebimbangan sosial. Ini dapat dijelaskan dengan menggunakan Rajah 4.2



Rajah 4.2. Kerangka kerja kajian.

4.7 Prosedur Rawatan Kaunseling Bagi Kelompok Rawatan

Dalam kajian ini modul Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok yang digunakan telah dibina berasaskan prosedur Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku bagi kebimbangan sosial oleh Ledley, Marx, dan Heimberg (2005). Di dalam modul Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku tiga komponen utama bagi rawatan kebimbangan sosial diberi penekanan iaitu latihan pengstrukturkan semula kognitif, latihan pendedahan dan kerja rumah sebagai tugas untuk memantapkan pendedahan dan penstrukturkan semula kognitif (Coles et al., 2005). Modul Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling kelompok (PKTKK) ini pengkaji juga memasukkan latihan relaks sebagai satu daripada teknik bagi menangani kebimbangan sosial berdasarkan kajian yang menunjukkan latihan relaks juga dapat membantu merawat kebimbangan (Rodebaugh et al., 2004).

Sebelum modul ini digunakan untuk tujuan kajian, modul ini terlebih dahulu diberikan kepada dua pakar untuk diteliti dan disemak kesesuaiannya. Salah seorang pakar tersebut merupakan Profesor Emeritus dalam bidang Bimbingan dan kaunseling manakala seorang lagi pakar merupakan profesor juga dalam bidang Bimbingan dan Kaunseling. Kedua-dua pakar ini bersetuju dengan kandungan modul rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok bagi merawat kebimbangan sosial. Walau bagaimanapun kedua-dua pakar telah memberikan beberapa cadangan untuk menambahbaik modul ini. Beberapa cadangan penambahbaikan yang diberikan adalah seperti berikut:

1. Panel pakar pertama mencadangkan agar aktiviti *exposure* (pendedahan) dilaksanakan terlebih dahulu sebelum latihan penstrukturkan semula kognitif untuk

membantu pelajar mengenalpasti pemikiran automatik dengan mudah.

2. Panel pakar ke dua mencadangkan agar penggunaan beberapa arahan dalam pelaksanaan aktiviti perlu dihuraikan dengan jelas bagi memudahkan pelaksanaan oleh kaunselor lain.

Modul rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku juga telah diberikan kepada tiga orang pensyarah Bimbingan dan Kaunseling daripada beberapa buah universiti yang sedang mengikuti program Ijazah Kedoktoran dalam bidang yang sama. Selain itu modul ini juga telah diberikan kepada dua orang kaunselor sekolah. Berdasarkan maklum balas yang diberikan mereka semua berpuas hati dengan modul yang dibina. Pada pandangan mereka, modul ini baik dan dapat membantu pelajar. Walau bagaimanapun mereka telah memberikan beberapa cadangan untuk meningkatkan lagi kesan modul seperti penggunaan laras bahasa yang sesuai dengan tahap pelajar. Aktiviti atau latihan relaksasi dicadangkan menggunakan muzik.

Modul rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok bagi merawat kebimbangan sosial dalam kajian ini dapat diringkaskan seperti yang berikut (rujuk kepada lampiran modul lengkap).

Sesi 1: (Pengenal dan Psikopendidikan)

- Pengenal
- Format kumpulan (peraturan asas kumpulan dan persetujuan)
- Penerangan tentang kebimbangan sosial dan rasional rawatan

(Lampiran1)

- Kerja rumah (menyenaraikan beberapa situasi yang mendatangkan kebimbangan)
- Melengkapkan borang penyelidikan(SKSR dan SKK)

Sesi 2 : (Latihan penstrukturan semula kognitif)

- Menyemak kerja rumah
- Latihan penstrukturan semula kognitif : Mengenal pasti pemikiran automatik
- Melihat kesilapan pemikiran. Memperkenalkan konsep kesilapan berfikir (Gunakan lampiran 2)
- Memperkenalkan proses mempersoalkan pemikiran automatik dan membuat respons rasional (Gunakan lampiran 3)
- Mengagihkan kerja rumah :
 - menyenaraikan beberapa situasi yang mendatangkan kebimbangan
 - Melabelkan dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti.

Sesi 3: (Latihan Pendedahan (*Exposure*))

- Menyemak kerja rumah: Melabelkan dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti.
- Berdepan dengan situasi yang menakutkan melalui sesi pendedahan

- Membuat latihan pendedahan
- Mengagihkan kerja rumah :
- menyenaraikan beberapa situasi yang mendatangkan kebimbangan
- Melabelkan dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti.

Sesi 4 (Latihan Relaksasi)

- Menyemak kerja rumah
- Menerangkan tujuan latihan relaksasi
- Membuat latihan relaks (rujuki Lampiran 6)
- Mengagihkan kerja rumah :
 - Membuat latihan bercakap lantang di rumah /di depan cermin
 - Melabelkan dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti.
 - Membuat latihan relaks di rumah

Sesi 5-7 (Menggabungkan Latihan relaksasi/*exposure* /penstrukturan semula kognitif)

- Menyemak kerja rumah
- Latihan relaksasi
- Latihan pendedahan : memberikan ucapan spontan di depan ahli kumpulan
- Penstrukturan semula kognitif selepas memberikan ucapan spontan

- Mengagihkan kerja rumah :
 - Membuat latihan bercakap/pengucapan di depan cermin
 - Melabelkan dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti.
 - Membuat latihan relaksasi di rumah

Sesi 8 (Penamatan)

- Menyemak kerja rumah daripada sesi lepas
- Menyemak kemajuan
- Menyemak kemajuan sepanjang proses rawatan
- Mengenal pasti situasi yang masih menimbulkan masalah dan respons-respons rasional yang mungkin berguna untuk mengatasi situasi begini
- Menetapkan matlamat untuk perkhidmatan susulan selepas tamat sesi rawatan formal
- Melengkapkan borang-borang penyelidikan
- Majlis perpisahan

4.8 Kelompok Kawalan

Bagi kumpulan kawalan tiada rawatan atau sesi kaunseling diberikan. Subjek dalam kumpulan kawalan diberikan rawatan selepas tamat sesi diberikan kepada kumpulan rawatan. Sebaliknya kumpulan kawalan diberikan edaran tentang penjagaan

kesihatan sepanjang tempoh tersebut. Ini adalah satu cara untuk mengelakkan rasa ketidakadilan akibat terpaksa menunggu rawatan dan boleh memberi kesan kepada kesahan kajian (Creswell, 2008).

4.9 Kaedah Pengumpulan Data

Kajian ini menggunakan kaedah eksperimen dengan dua instrumen kajian iaitu SKSR dan SKK serta kaedah temu bual berstruktur. Gabungan kedua-dua kaedah ini digunakan untuk memperoleh dapatan kajian yang bercirikan triangulasi sumber dan data. Instrumen ialah set kertas soalan dan pensel yang berfokus dan berstruktur. Penggunaan instrumen menjimatkan masa kerana individu boleh menyelesaikannya tanpa bimbingan dan intervensi langsung daripada penyelidik. Penggunaan instrumen adalah paling efektif apabila panduan untuk membina, menyebar dan mengutip item diikuti dengan teliti.

Mengikut Miles dan Huberman (1994), temu bual pula ditujukan kepada seseorang untuk mendapatkan maklumat daripada orang lain. Kebiasaan temu bual boleh menghasilkan maklumat yang lebih mendalam dan terperinci berbanding dengan instrumen walaupun penyelidik terpaksa menyediakan panduan dan sesi temu bual. Mereka juga menjelaskan temu bual ialah cara yang berguna untuk memperoleh data yang banyak dan cepat. Kajian ini menggunakan kaedah temu bual berstruktur. Dapatan daripada temu bual digunakan untuk memperkukuh data kuantitatif yang diperoleh melalui laporan sendiri menggunakan instrument SKSR dan SKK.

Menurut Cohen, Manion dan Marrison (2001) penggunaan kedua-dua kaedah adalah berguna kerana menyediakan maklumat yang bersifat triangulasi daripada pelbagai sumber. Triangulasi menurut Cohen et al. (2001) mempunyai kelebihan yang tersendiri iaitu dapat mengelak unsur pergantungan kepada satu kaedah selain mengelak keterbatasan kaedah. Penggunaan lebih daripada satu kaedah akan menambahkan kesahan reka bentuk kajian, selain memberi lebih banyak keyakinan terhadap dapatan kajian. Malah kajian yang menggabungkan kaedah kuantitatif dan kaedah kualitatif memang biasa digunakan (Miles & Huberman, 1994).

Berdasarkan perbincangan di atas ternyata penggunaan kaedah temu bual dapat dijadikan sebagai triangulasi data kuantitatif dan kaedah ini sangat berguna kerana banyak maklumat diperoleh dan hal ini sudah tentu dapat mengukuhkan lagi dapatan kajian dengan mempelbagaikan sumber maklumat.

4.10 Instrumen Kajian

4.10.1 Skala Kebimbangan Sosial untuk Remaja (SKSR)

Skala Kebimbangan Sosial untuk Remaja (SKSR) telah diterjemahkan daripada *Social Anxiety Scale for Adolescence – SAS-A* yang telah direka oleh La Greca dan Lopez (1998). Alat ini mengandungi 22 item untuk mengukur pengalaman seseorang (remaja) berhubung dengan pengalaman kebimbangan sosial yang subjektif. Instrumen ini menggunakan 5 skala likert mengikut berapa banyak item tersebut ”adalah benar berkaitan anda” iaitu (1 = *amat tidak setuju* sehingga 5 = *amat setuju*). Dalam versi bahasa Melayu pengkaji menggunakan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR).

SKSR mengandungi tiga subskala yang merangkumi tiga konstruk iaitu takut kepada penilaian negatif (*fear of negative evaluation-FNE*), penghindaran sosial dan distress-baharu (*social avoidance and distress-new- SAD-NEW*) dan penghindaran sosial distress umum (*social avoidance Distress-general- SAD-general*). FNE menggambarkan perasaan takut, terlalu kisah dan risau tentang penilaian negatif oleh orang lain. Konstruk ini terdiri daripada lapan item seperti "Saya risau memikirkan apa yang orang lain fikirkan tentang saya". *SAD- NEW* pula menilai kebimbangan dan penghindaran daripada situasi sosial yang baharu. Konstruk ini mempunyai enam item seperti, "Saya menjadi gemuruh apabila saya berjumpa dengan seseorang yang baharu saya kenali". Manakala *SAD-general* menilai kebimbangan sosial dan penghindaran umum. Konstruk ini mempunyai empat item seperti "Adalah sukar bagi saya meminta orang lain berbuat sesuatu untuk saya". Item dijumlahkan secara keseluruhan daripada subskala atau subkonstruk dan skor yang tinggi menunjukkan kebimbangan sosial yang tinggi. Skor 50 atau lebih menunjukkan tahap kebimbangan sosial yang tinggi dan dicadangkan sebagai skor klinikal *cutoff* bagi menggambarkan kebimbangan sosial yang signifikan secara klinikal. Ketiga subskala dapat diwakili oleh item-item seperti yang terdapat dalam Jadual 4.3.

Jadual 4.3

Subskala Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)

Subskala	Item-item
Ketakutan kepada penilaian negatif (TPN)	3, 6, 8, 9, 12, 14, 17, 18
Penghindaran sosial dan distress- <i>New</i>	1, 4, 5, 10, 13, 20
Penghindaran sosial dan distress-umum (SAD-Umum)	15, 19, 21, 22

SKSR didapati mempunyai kualiti psikometrik yang baik. Nilai ketekalan dalaman (*internal consistency*) adalah antara .76 hingga .91 dan nilai selepas pengujian dan pengujian semula dalam tempoh dua bulan nilai ketekalan adalah antara .54 hingga .78 (La Greca & Lopez, 1998; Vernberg, Abwender, Ewell, & Berry, 1992). Flanagan (2005) pula mendapati ketekalan dalaman SKSR ialah .91. Dari segi kesahan konstruk (*construct validity*) La Greca dan Stone (1993) mendapati remaja yang memperoleh skor yang tinggi dalam ujian ini juga dilaporkan kurang diterima oleh rakan sebaya dan mempunyai persepsi sendiri yang rendah. Di samping itu Inderbitzen-Nolan dan Walter (2000) mendapati SKSR berkorelasi secara signifikan dengan *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* iaitu korelasi yang kuat didapati dengan subskala FNE. Dapatan penting daripada kajian ini ialah kebimbangan sosial diukur merentasi pelbagai tahap perkembangan remaja menggunakan SKSR. Selain itu, skor di dalam SKSR terbukti mampu membezakan antara individu yang didiagnosis sebagai mempunyai kebimbangan sosial dengan individu yang tidak mempunyai kebimbangan sosial (Inderbitzen-Nolan et al., 2004).

4.10.2 Skala Kesedaran Kendiri (SKK)

Perhatian fokus sendiri pelajar diukur dengan menggunakan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) yang telah diterjemahkan daripada *Revised Self-Consciousness Scale* (Scheier & Carver, 1985) yang mengandungi 22 item. Instrumen ini mengandungi tiga konstruk untuk mengukur Kesedaran Kendiri Peribadi, Kesedaran Kendiri Awam dan Kebimbangan Sosial. Subskala Skala Kesedaran Kendiri (SKK) dapat ditunjukkan pada Jadual 4.4.

Jadual 4.4

Subskala Skala Kesedaran Kendiri (SKK)

Subskala	item
Kesedaran sendiri peribadi	1, 4, 6, 8, 12, 14, 17, 1 dan 21
Kesedaran sendiri awam	2, 5, 10, 13, 16, 18, dan 20
Kebimbangan sosial	3, 7, 9, 11, 15 dan 22

Kesedaran sendiri peribadi mengukur kecenderungan seseorang untuk memikirkan dan memerhatikan aspek-aspek sendiri yang tersembunyi yang agak peribadi dan tidak mudah dilihat dan diperhatikan oleh orang lain seperti kepercayaan seseorang, aspirasi, nilai dan perasaan. Kesedaran sendiri awam mengukur kecenderungan seseorang untuk memikirkan aspek-aspek sendiri tersebut yang boleh dilihat oleh orang lain, kualiti sendiri melalui impresi sendiri yang ditampilkan diri

daripada kaca mata orang lain. Misalnya tingkah laku fizikal, kesopanan, gaya dan kualiti percakapan.

Kesemua 22 item memberikan nilai skor yang tertentu iaitu: *sangat setuju* = 5, *setuju* = 4, *hampir setuju* = 3, *tidak setuju* = 2 dan *sangat tidak setuju* = 1. Bagi item 8 dan 11 pula diberikan skor seperti *sangat setuju* = 1, *setuju* = 2, *hampir setuju* = 3, *tidak setuju* = 4 dan *sangat tidak setuju* = 5. Jumlah skor adalah antara 22 hingga 110. Jumlah skor yang tinggi menunjukkan perhatian fokus sendiri yang tinggi dan sebaliknya. Berdasarkan kajian oleh Scheier dan Carver (1985) alpha Croanbach untuk Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi (*Private Self Consciousness Scale*) ialah .75. Bagi Subskala Kesedaran Kendiri Awam (*Public Self Consciousness Scale*) ialah .84 dan bagi Subskala Kebimbangan Sosial ialah .79. Korelasi selepas pengujian dan pengujian semula adalah .76 Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi, .74 bagi Subskala Kesedaran Kendiri Awam dan .77 untuk Subskala Kebimbangan Sosial.

4.11 Kajian Rintis

Tujuan kajian rintis ini dijalankan adalah untuk menentukan kebolehpercayaan (*reliability*) soal selidik yang digunakan semasa kajian sebenar. Konsep pengukuran kebolehpercayaan dalam kaedah kuantitatif, khasnya penggunaan soal selidik direka untuk menguji kelompok soalan. Kajian rintis merupakan satu ujian berskala kecil iaitu merupakan percubaan sebelum ujian itu dijalankan kepada sampel sebenar. Tujuan kajian rintis dibuat adalah untuk mendapatkan ketelusan data daripada ujian percubaan melalui kumpulan kecil individu. Ketekalan dilihat daripada beberapa aspek, iaitu aras item,

objektif item, kefahaman item, kebolegunaan item dan arahan item itu sendiri. Mengikut Chua (2008) sampel bagi kajian rintis adalah antara 30 hingga 50 orang sampel. Dalam kajian ini pengkaji menggunakan sejumlah 70 orang sampel yang mempunyai ciri-ciri yang hampir sama dengan subjek kajian bagi tujuan kajian rintis.

4.12 Kesahan Dan Kebolehpercayaan Instrumen

Alat kajian yang digunakan dalam penyelidikan ini mengandungi empat bahagian. Bahagian A mewakili demografi subjek, iaitu berkaitan dengan maklumat jantina, bangsa, agama, tingkatan, tahap pendidikan ibu dan bapa, simptom kebimbangan yang dialami dan situasi sosial yang mendatangkan kebimbangan. Bahagian B dan C merupakan instrumen yang mengukur Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Perhatian Fokus Kendiri (SKK).

Semua item bagi Skala Kebimbangan Sosial (SKSR) dan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) pada asalnya di dalam bahasa Inggeris. Disebabkan responden kajian ini lebih memahami bahasa Melayu maka terjemahan perlu dilaksanakan. Pengkaji menterjemahan instrumen kajian ini dengan menggunakan *back translation* seperti yang dianjurkan oleh Brislin (1970). Bagi tujuan terjemahan ini pengkaji telah mendapat kerjasama daripada dua orang pensyarah Bahasa Inggeris dan dua orang pensyarah Bahasa Melayu serta dua orang pensyarah dalam bidang pengkhususan Psikologi Kaunseling.

Pada peringkat awal pengkaji telah memberikan versi bahasa Inggeris sebagai alat kajian untuk diterjemahkan ke dalam bahasa Melayu oleh dua orang pensyarah Bahasa Inggeris daripada Institut Perguruan Islam Bangi. Kemudian alat kajian yang

diterjemahkan tadi telah diberikan kepada pensyarah Bahasa Melayu untuk diterjemahkan kembali ke dalam bahasa Inggeris oleh dua orang pensyarah daripada Institut Perguruan Bahasa Melayu. Akhir sekali terjemahan alat kajian telah disemak dan dinilai oleh dua orang pensyarah Psikologi Kaunseling daripada Universiti Malaysia Terengganu dan Universiti Kebangsaan Malaysia untuk memastikan item tersebut bersesuaian dengan konteks asal item daripada perspektif psikologi. Berdasarkan komen dan cadangan pakar Bahasa dan Psikologi pengkaji telah membaiki setiap item yang perlu serta memudahkannya mengikut tahap responden kajian dalam konteks budaya Malaysia bagi tujuan kajian rintis.

Bagi memastikan kajian dapat memberikan sumbangan yang bermakna, pengkaji telah memastikan instrumen yang digunakan mempunyai nilai kesahan dan kebolehpercayaan yang baik. Kesahan merujuk kepada kemampuan sesuatu instrumen mengukur sesuatu yang hendak diukur dengan tepat. Penyelidikan yang mempunyai kesahan yang tinggi bererti dapatan yang diperoleh berdasarkan fakta atau bukti dan mampu memberikan justifikasi yang tepat (Noraini, 2010). Mengikut Mohd Majid (1998) kesahan sesuatu alat ukuran merujuk kepada sejauh mana alat ukuran itu mengukur data yang sepatutnya. Berbeza dengan Sidek (2002) yang menyatakan sesuatu alat ukuran mempunyai kesahan yang tinggi sekiranya darjah kebolehannya mengukur apa yang sepatutnya diukur adalah tinggi. Mengikut Murphy dan Davidshover (1998) pula kesahan perlu dilihat dari dua aspek iaitu menentukan sama ada alat ukuran mengukur apa yang hendak diukur dan juga menentukan alat ukuran dapat digunakan untuk membuat keputusan yang tepat. Terdapat pelbagai jenis kesahan, namun dalam kajian ini pengkaji hanya memberikan fokus kepada kesahan muka, kesahan kandungan dan juga kesahan

konstruk.

Sesuatu instrumen itu dikatakan mempunyai kesahan muka apabila pengkaji mengetahui cara konsep yang hendak diukur itu didefinisikan serta maklumat yang dikumpulkan dalam instrumen tersebut berkaitan dengan konsep yang ingin diukur. Kesahan muka merupakan suatu anggaran sama ada sesuatu instrumen yang digunakan mengukur sesuatu kriteria yang ingin diukur (Noraini, 2010). Oleh itu dalam kajian ini, setelah instrumen diterjemahkan daripada bahasa Inggeris kepada bahasa Melayu, instrumen ini telah diberikan kepada dua orang pakar bahasa untuk disemak dari segi bahasa. Selepas itu instrumen ini telah diberikan kepada seorang ahli psikologi klinikal dan tiga orang kaunselor sekolah untuk memastikan item tersebut dapat difahami oleh responden. Bagaimanapun mengikut Noraini (2010) kesahan muka tidak menjamin sama ada ujian tersebut betul-betul mengukur fenomena dalam domain tersebut.

Kesahan kandungan sesuatu alat ukur pula merujuk kepada sama ada alat ukuran atau instrumen dapat mengumpul data yang merangkumi sesuatu bidang yang dikaji (Ahmad Jazimin, 2008). Mengikut Sidek (2002), kesahan kandungan sesuatu alat ukuran ialah usaha untuk mengukur isi kandungan atau item-item dalam pengukuran. Oleh itu, mengikut beliau kesahan kandungan menumpukan kepada pengukuran kandungan iaitu item-item soalan, sehingga soalan tersebut dapat mewakili pemboleh ubah yang diukur. Maka kesahan alat ukuran dikatakan sesuai sekiranya data atau maklumat yang diperoleh menunjukkan liputan menyeluruh dan mewakili bidang yang diukur (Sidek, 2002). Oleh itu disarankan agar pengkaji menggunakan penilai luar yang mempunyai kepakaran dalam bidang tersebut bagi memastikan domain-domain yang terkandung dalam alat ukuran mewakili bidang yang dikaji (Mohd Majid, 1998).

Dalam konteks kajian ini, beberapa pakar telah dikenal pasti dan terdiri daripada enam orang pensyarah yang mempunyai doktor falsafah dalam bidang Kaunseling dan Psikologi. Mereka terdiri daripada dua orang pensyarah Psikologi daripada Institut Perguruan Bahasa Melayu Malaysia, dua orang pensyarah daripada Universiti Kebangsaan Malaysia dalam bidang Psikologi Kaunseling dan dua orang pensyarah Kaunseling daripada Universiti Malaysia Terengganu. Dalam hal ini mengikut Mohd Najib (1999) enam hingga sembilan orang pakar sudah memadai untuk membuat penilaian

Selain kesahan muka dan kesahan kandungan pengkaji juga telah menggunakan kesahan konstruk. Kesahan konstruk sesuatu alat kajian merujuk kepada sejauh mana alat itu menghasilkan responden gagasan yang diukur. Mengikut Mohd Majid (1998) kesahan sesuatu alat ukuran merujuk kepada sejauh mana alat ukuran itu mengukur apa data yang sepatutnya diukur. Sidek (2002) pula menegaskan bahawa sesuatu alat ukuran mempunyai kesahan yang tinggi sekiranya darjah kebolehannya mengukur sesuatu yang sepatutnya diukur adalah tinggi. Mengikut Murphy dan Davidshover (1998) pula kesahan perlu dilihat dari dua aspek iaitu menentukan sama ada alat ukuran mengukur apa yang hendak diukur dan juga menentukan alat ukuran dapat digunakan dalam membuat keputusan yang tepat. Kesahan sesuatu alat kajian merangkumi kesahan kandungan dan juga kesahan gagasan.

Sebaliknya kesahan gagasan merujuk kepada sekumpulan konsep yang terdiri daripada pelbagai faktor yang berinteraksi sesama sendiri. Kesahan gagasan ialah kesahan yang diperoleh dengan menghubungkan ukuran sesuatu gagasan dengan sesuatu tingkah laku yang dijangka akan berlaku (Sidek, 2002). Kesahan gagasan dapat

ditentukan melalui analisis faktor. Beberapa prosedur boleh digunakan bagi menentukan kesahan konstruk atau kesahan gagasan, antaranya termasuklah melalui analisis faktor yang menganalisis korelasi antara item dan penentuan bilangan faktor yang wujud, korelasi skor sesuatu konstruk dengan skor suatu konstruk yang lain, korelasi antara item dalam instrumen dan membandingkan item dengan teori yang sedia ada.

Dalam kajian, ini pengkaji menggunakan beberapa kaedah bagi menetapkan kesahan alat kajian, iaitu menggunakan penilaian pakar dan menggunakan korelasi setiap item melalui pengiraan korelasi Pearson dengan darjah signifikan pada aras alpha .05 serta analisis faktor. Analisis faktor digunakan untuk melihat kesahan dari segi konstruk. Bagi Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) korelasi Pearson r digunakan.

4.12.1 Kebolehppercayaan dan Kesahan Konstruk SKSR dan SKK

Bagi Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Skala Kesedaran Kendiri (SKSR) kesahan diukur berdasarkan korelasi antara subskala atau subkonstruk SKSR dan SKK dengan menggunakan korelasi Pearson r . Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 4.5 dan 4.6.

Jadual 4.5

Interkorelasi di antara Subskala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)

Subskala SKSR	SAD-Umum	SAD- <i>New</i>	TPN
TPN	.395	.630	-
SAD- <i>New</i>	.390	-	-
SAD-Umum	-	-	-

Berdasarkan Jadual 4.5, terdapat interkorelasi antara subskala Kebimbangan Sosial Remaja. Walau bagaimanapun hanya ketakutan kepada penilaian negatif (TPN) mempunyai korelasi yang sederhana dengan penghindaran sosial dan distress-*New* iaitu dengan nilai $r = .630$. Subskala Ketakutan kepada Penilaian Negatif (TPN) mempunyai korelasi yang rendah dengan subskala Penghindaran Sosial dan Distress-Umum (SAD-Umum)

Jadual 4.6

Interkorelasi antara Subskala Kesedaran Kendiri

Subskala SKK	Sa	SKKa	SKKp
Kesedaran sendiri peribadi (SKKp)	.579	.588	-
Kesedaran sendiri awam (SKKa)	.897		
Kebimbangan Sosial (Sa)	-		

Berdasarkan Jadual 4.6 pula didapati interkorelasi antara subskala Skala Kesedaran Kendiri adalah antara .579 hingga .897. Interkorelasi antara subskala kesedaran sendiri peribadi dengan subskala kebimbangan sosial dan subskala kesedaran sendiri awam adalah masing-masing .579 dan .588. Interkorelasi antara kesedaran awam dengan kebimbangan pula sosial ialah .897. Ini menunjukkan bahawa terdapat hubungan positif antara ketiga subskala dengan kekuatan hubungan yang sederhana dan tinggi.

4.12.2 Kebolehpercayaan SKSR dan SKK

Pada umumnya terdapat tiga cara untuk menguji darjah kebolehpercayaan item iaitu melalui *test- retest reliability*, *equivalent- form reliability* dan *internal consistency*. Melalui kaedah *internal consistency* instrumen diuji untuk melihat ketekalan dalaman instrumen tersebut. Tiga kaedah pengujian boleh dilakukan iaitu melalui prosedur *Split-Half*, prosedur *Kuder-Richardson* dan prosedur *Cronbach alpha*. Dalam kajian ini pengkaji menggunakan prosedur *Croanbach alpha* untuk menentukan kebolehpercayaan alat kajian. Nilai kebolehpercayaan yang baik bagi sesuatu konstruk adalah antara nilai α melebihi .06 pada aras kesignifikan .05. Kebolehpercayaan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) ditunjukkan pada Jadual 4.7.

Jadual 4.7

Nilai Alpha Croanbach Kebolehpercayaan SKSR dan SKK

Skala	Nilai Alpha Croanbach α
Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)	.868
Skala Kesedaran Kendiri (SKK)	.924
Nilai $p < .05$	

Seperti yang terdapat pada Jadual 4.7, nilai kebolehpercayaan instrumen kajian dengan menggunakan Cronbach Alpha adalah di antara $\alpha = .716$ hingga $\alpha = .924$. Ini bermakna nilai kebolehpercayaan instrumen kajian ini adalah tinggi dan boleh diterima.

Nilai kebolehpercayaan subskala Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan subskala Kesedaran Kendiri dapat ditunjukkan pada Jadual 4.8 dan 4.9. Nilai kebolehpercayaan bagi subskala Kebimbangan Sosial Remaja adalah antara $\alpha = .754$ hingga $\alpha = .800$

Jadual 4.8

Kebolehpercayaan Subskala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)

Subskala keseimbangan Sosial Remaja(SKSR)	Nilai Alpha Croanbach α
TPN	.800
SDA- <i>New</i>	.757
SAD-Umum	.754
Nilai $p < .05$	

Bagi subskala Kesedaran Kendiri nilai kebolehpercayaan berdasarkan Cronbach Alpha pula adalah di antara $\alpha = .799$ hingga $\alpha = .837$. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 4.9.

Jadual 4.9

Kebolehpercayaan Subskala Kesedaran Kendiri (SKK)

Subskala Kesedaran Kendiri (SKK)	Nilai Alpha Cronbach α
Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi (SKp)	.83
Subskala Kesedaran Kendiri Awam (SKa)	.799
Subskala Kebimbangan Sosial (Sa)	.893
Nilai $p < .05$	

4.13 Analisis Item

Bagi memantapkan instrumen kajian yang digunakan, pengkaji telah menjalankan analisis faktor terhadap Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR). Bagi tujuan ini sejumlah 274 sampel telah digunakan. Sebelum analisis faktor dijalankan pengkaji terlebih dahulu melihat nilai ketekalan dalaman instrumen berdasarkan nilai Cronbach Alpha. Ketekalan atau kebolehpercayaan dalaman SKSR (skor keseluruhan dan skor subskala) telah dikira dengan menggunakan Cronbach Alpha. Nilai ketekalan dalaman bagi keseluruhan skala ialah .895, .92 bagi subskala SKSR, Takut Penilaian Negatif (TPN) .94, bagi subskala SAD-*New* dan .898 bagi subskala SAD-Umum. Ini dapat ditunjukkan seperti pada Jadual 4.10

Jadual 4.10

Kepolehpercayaan alat ukur SKSR dan subskala SKSR

Dimensi	min	Sisihan piawai	Cronbach Alpha
SKSR	69.75	14.35	.895
TPN	28.79	6.72	.915
SAD- <i>New</i>	17.51	6.72	.937
SAD-Umum	11.05	3.85	.898

Seterusnya analisis item dijalankan untuk mengenal pasti mutu item-item yang terkandung dalam alat ukur SKSR. Item yang bermutu ialah item yang mempunyai nilai *alpha if item deleted* adalah lebih besar daripada *standardized item alpha*. Hasil dapatan menunjukkan kesemua item mempunyai nilai yang bermutu, kecuali item 7 yang merupakan item *filler*. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 4.11.

Jadual 4.11

Keputusan Analisis Item Alat Ukuran SKSR

Bil	Item	<i>Alpha if item deleted</i>
1	Saya bimbang melakukan sesuatu yang baharu di hadapan orang lain	888
2	Saya suka melakukan perkara bersama-sama kawan-kawan saya	891
3	Saya bimbang jika diusik	892
4	Saya segan bergaul dengan orang yang tidak saya kenali	888
5	Saya hanya bercakap dengan orang yang saya kenali	887
6	Saya syak rakan-rakan sebaya mengumpat saya di belakang	893
7	Saya gemar membaca	901
8	Saya risau tentang pandangan orang terhadap saya	888
9	Saya takut orang lain tidak akan menyukai saya	889
10	Saya rasa berdebar apabila bercakap dengan rakan sebaya yang tidak dikenal	886
11	Saya suka bersukan	891
12	Saya risau tentang apa yang orang cakap tentang saya	893
13	Saya rasa berdebar apabila berjumpa dengan orang yang baru dikenali	888
14	Saya bimbang orang lain tidak akan menyukai saya	890
15	Saya tidak bercakap apabila berada dalam kalangan orang lain	887
16.	Saya suka melakukan perkara bersendirian	889
17.	Saya merasakan bahawa orang lain suka mengejek saya	895
18	Jika bertelagah, saya takut orang itu tidak akan menyukai saya	891
19	Saya bimbang mengajak orang lain untuk bekerjasama kerana takut orang itu menolak pelawaan saya	887
20.	Saya rasa berdebar apabila berhadapan dengan orang tertentu	889
21.	Saya segan walaupun bergaul dengan rakan sebaya yang dikenali	891
22	Amat sukar untuk saya meminta bantuan orang melakukan sesuatu	889

4.14 Analisis Faktor Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR)

Analisis faktor digunakan sebagai teknik penjelajahan (*exploratory*) untuk membuat kesimpulan tentang struktur sesuatu set pemboleh ubah. Pengkaji telah menggunakan teknik analisis *principal component* (PC) untuk menganalisis kesahan konstruk SKSR. Empat andaian asas sebelum menganalisis data dengan menggunakan pengujian *multivariate* seperti normaliti, lineariti dan homodcedasiti (Hair et al., 2010) dipastikan terlebih dahulu sebelum diuji dengan menggunakan kaedah faktor pemuatan .40. Dalam mengenal pasti faktor muatan (*factors loading*) yang signifikan berdasarkan saiz sampel ($n = 275$) pada nilai alpha .05 dan aras kuasa (*power level*) 80 peratus, nilai faktor muatan yang diterima ialah .35 (Hair et al., 2010). Selain *statistical significance*, *practical signifance* juga dilihat. (Hair et al., 2010) berpendapat faktor muatan $\pm .50$ atau lebih dianggap *practical signifance* dan muatan melebihi .70 dianggap baik. Oleh itu, item yang mempunyai nilai muatan $<.50$ dalam *rotated component matrix* atau nilai $<.50$ dalam *communalities* perlu dikerluarkan. Berdasarkan kajian simulasi Monte Carlo, dicadangkan hasil analisis perlu hanya mengekalkan item yang mempunyai nilai melebihi .40.

Pengkaji memilih data *reduction* dan kemudian *factor*. Ujian *Bartlett's test of Sphericity* dan *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* digunakan untuk memastikan kesemua pemboleh ubah mempunyai faktorabiliti dengan nilai khi kuasa dua adalah besar. Manakala KMO digunakan untuk melihat kecukupan sampel.

Jadual 4.12

Rotated component matrix, communalities, Eigenvalues dan Total variance explained bagi SKSR.

No. item	Item	Faktor Loading				MSA	Comm
		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3			
SKSR 3	Saya bimbang jika diusik	.813				898	665
SKSR 6	Saya syak rakan-rakan sebaya mengumpat saya di belakang	.749				841	591
SKSR 8	Saya risau tentang apa yang orang lain fikirkan tentang saya	.826				872	719
SKSR 9	Saya takut orang lain tidak akan menyukai saya	.867				828	785
SKSR 12	Saya risau tentang apa yang orang cakap/katakan tentang saya	.604				886	425
SKSR 14	Saya bimbang orang lain tidak akan menyukai saya	.895				795	820
SKSR 17	Saya merasakan bahawa orang lain suka mengejek saya	.718				673	607
SKSR 18	Jika bertelagah, saya takut orang itu tidak akan menyukai saya	.814				777	678
SKSR 10	Saya rasa berdebar apabila bercakap dengan rakan sebaya yang tidak dikenal		.817			826	766
SKSR 13	Saya rasa berdebar apabila berjumpa dengan orang yang baru dikenali		.849			895	746
SKSR 20	Saya rasa berdebar apabila berhadapan dengan orang tertentu		.822			910	691
SKSR 5	Saya hanya bercakap dengan orang yang saya kenali		.855			848	774
SKSR 4	Saya segan bergaul dengan orang yang tidak saya kenali		.900			824	818
SKSR 1	Saya bimbang melakukan sesuatu yang baharu di hadapan orang lain		.874			837	783
SKSR 15	Saya tidak bercakap apabila berada dalam kalangan orang lain			.725		868	654
SKSR 19	Saya bimbang mengajak orang lain untuk bekerjasama kerana takut orang itu menolak pelawaan saya			.856		830	809
SKSR 21	Saya segan walaupun bergaul dengan rakan sebaya yang dikenali			.896		696	.805
SKSR 22	Amat sukar untuk saya meminta bantuan orang melakukan sesuatu			.893		809	830
	<i>Eigenvalues</i>	.408	.190	.367			
	<i>Total variance explained</i>					72.3%	

Barlett's test of Sphericity menunjukkan nilai alpha yang signifikan pada aras .05 iaitu $\chi^2(153)=4.351$, $p=.000$, manakala nilai *Kaiser-Meyer-Okin* iaitu pengukuran kecukupan data (*measure of sampling adequacy*) ialah .828. Dapatan ini menunjukkan darjah inter-korelasi antara item dan nilai *Kaiser-Meyer-Okin measure of sampling adequacy* yang melebihi .60 memenuhi syarat untuk menggunakan komponen faktor analisis (PCA).

Setelah 22 item melalui prosedur *varimax rotation* dan empat item *filler* dikeluarkan, hasil analisis faktor bagi SKSR dapat ditunjukkan pada Jadual 4.12. Hasil dapatan menunjukkan tiga faktor mempunyai *eigenvalues* melebihi 1.0. Jumlah *variance* yang diperolehi ialah 72.03 peratus, iaitu melebihi tahap 60 peratus yang ditetapkan bagi penyelidikan dalam bidang pendidikan dan kajian sosial (Hair et al., 2010). Selain itu, nilai *Communalities* bagi semua item melebihi .50 kecuali item 12, namun faktor muatan (*factor loadings*) bagi semua item melebihi .60.

Faktor 1 mempunyai lapan item dan menyumbang sebanyak 35.6 peratus *variance*, manakala faktor 2 yang mempunyai enam item yang menyumbang sebanyak 23.3 peratus *variance* dan faktor 3 yang mempunyai 4 item dan menyumbang sebanyak 13.2 peratus *variance*, menjadikan jumlah keseluruhan *variance* ialah 72.03 peratus.

4.15 Kaedah Penganalisan Data

Penganalisan data kajian dilakukan dalam dua peringkat iaitu untuk kajian ujian pra sahaja dan ujian pra berserta dengan ujian pos. Data yang dikumpul daripada alat kajian yang digunakan dianalisis dengan menggunakan *Statistical Package for the Social*

Sciences (SPSS). Dua jenis data statistik digunakan iaitu statistik deskriptif dan statistik inferens.

4.15.1 Analisis Statistik Deskriptif

Analisis statistik deskriptif digunakan untuk menghuraikan tentang profil subjek kajian secara menyeluruh seperti jantina, kursus dan tahap pendidikan ibu bapa. Statistik yang digunakan ialah kekerapan, peratusan, min dan sisihan piawai. Analisis deskriptif juga digunakan untuk melihat kekerapan simptom kebimbangan sosial dan situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan sosial remaja. Selain itu, analisis deskriptif juga digunakan untuk menghuraikan skor min ujian pra dan ujian pos bagi pembolehubah bersandar.

4.15.2 Analisis Inferensi

Analisis inferensi digunakan untuk melihat perkaitan yang wujud antara pemboleh ubah bebas dan pemboleh ubah bersandar. Pemboleh ubah bebas dalam kajian ini ialah rawatan kelompok dan jantina, manakala pemboleh ubah bersandar ialah kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Dalam kajian ini statistik inferensi yang digunakan ialah ujian *MANOVA* dan *MANCOVA*.

Analisis ujian *MANOVA* digunakan untuk melihat perbezaan kesan pemboleh ubah tidak bersandar iaitu kelompok rawatan dan kelompok kawalan terhadap setiap pemboleh ubah bersandar iaitu kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri pada

ujian pra dan ujian pos. Mengikut Dancey dan Reidy (2004), cara paling baik melihat ukuran saiz kesan ialah dengan melihat *partial eta squared*. *Partial eta squared* yang merupakan ukuran global melihat saiz kesan. Dalam kajian ini pengkaji mengambil asas penentuan saiz kesan sebagaimana yang dinyatakan Cohen (1998) iaitu nilai 0.20 ialah saiz kesan yang kecil, 0.50 saiz kesan sederhana dan 0.80 ialah saiz kesan yang besar.

Bagi membandingkan perbezaan kesan kedua-dua kumpulan pada ujian pra dan ujian pos serta kesan interaksi antara kelompok rawatan dan jantina terhadap keseimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri daripada ujian pra dan ujian pos analisis statistik *MANCOVA* digunakan. Mengikut Fraenkel dan Wallen (2007) penggunaan analisis *MANCOVA* adalah amat baik untuk membandingkan perbezaan antara min dua kumpulan atau lebih. Sebelum analisis *MANCOVA* dijalankan prasyarat analisis ini perlu dilihat. Mengikut Creswell (2007) antara syarat untuk menggunakan analisis statistik *MANOVA* mahupun *MANCOVA* adalah dari segi skala ukuran bagi pemboleh ubah tidak bersandar ialah nominal atau ordinal manakala skala ukuran bagi pemboleh ubah bersandar ialah selayang dan nisbah. Selain itu pengkaji perlu melihat sama ada taburan skor adalah normal dan linear. Bagi menentukan sama ada keadaan data adalah normal atau tidak dilihat kepada *skewness* dan *kurtosis*. Data dianggap normal apabila nilai *skewness* dan *kurtosis* adalah antara ± 1 , manakala untuk melihat kehomogenan data ujian Levene digunakan. Data dianggap homogen apabila nilai $p > .05$ iaitu tidak signifikan. Ujian bagi menentukan matrik kehomogenan varian-kovarian juga perlu dilakukan. Untuk itu ujian Box's M dijalankan untuk menentukan varian-kovarian pemboleh ubah bersandar adalah sama atau sebaliknya merentasi pembolehubah bebas.

4.16 Kaedah Pengumpulan Data Kualitatif

Terdapat pelbagai cara pengumpulan data dalam kajian kualitatif seperti pemerhatian, temu bual dan sebagainya (Heppner, Wampold & Kivlighan, 2008). Walau bagaimanapun oleh kerana data kualitatif dalam kajian ini hanyalah sebagai data sokongan atau sebagai triangulasi sahaja, maka perbincangan tentang kaedah pengumpulan data hanya berfokus kepada satu kaedah pengumpulan data iaitu temu bual. Data diperoleh dengan menggunakan kaedah temu bual terhadap subjek kajian yang dipilih daripada kelompok rawatan sejumlah dua orang. Data kajian kes dengan dikumpul menggunakan teknik temu bual menggunakan protokol temu bual yang disediakan (rujuki Lampiran B). Mengikut Thomas (2003), pengumpulan data melalui teknik temu bual adalah dengan menggunakan teknik penyoalan. Kaedah temu bual di dalam kajian ini merupakan interaksi bersemuka antara subjek kajian yang dipilih dengan kaunselor. Merriam (2001) menyatakan bahawa penggunaan kaedah temu bual ini membolehkan pengkaji memahami sesuatu aspek yang dikaji daripada perspektif subjek kajian atau responden dengan lebih jelas dan tepat lagi. Bagi Bogdan dan Biklen (2003) pula penggunaan teknik temu bual membolehkan seseorang pengkaji atau penyelidik mengumpul pendapat, pandangan dan pengalaman secara langsung daripada subjek kajian. Menurut Heppner et al., (2008) kaedah temu bual boleh di klasifikasikan kepada beberapa jenis iaitu temu bual berstruktur, temu bual tidak berstruktur dan temu bual berkumpulan. Melalui temu bual berstruktur, soalan-soalan yang akan dikemukakan serta susunan soalan akan ditentukan terlebih dahulu sebelum temu bual dikendalikan. Heppner et al., (2008) menjelaskan antara kebaikan kaedah ini adalah dapat menyeragamkan dan meminimakan variasi di antara responden

Dalam konteks kajian ini, pengkaji telah menggunakan kaedah temu bual berstruktur di mana pengkaji terlebih dahulu membina protokol temu bual iaitu soalan berstruktur bagi memudahkan pengkaji mendapat maklumat yang lebih berfokus. Protokol kajian dibina bertujuan untuk mendapatkan maklumat daripada subjek kajian tentang kebimbangan sosial, simptom yang dialami, kesan terhadap dirinya dari segi emosi dan tingkah laku serta perubahan pemikiran setelah rawatan diterima. Protokol temu bual telah dibina berasaskan teori kebimbangan sosial Rapee dan Heimberg (1997). Yin (2003) menegaskan bahawa penggunaan soalan berstruktur memudahkan pengkaji memberikan fokus kepada data dalam kategori penting kajian. Temu bual telah dijalankan sebanyak dua kali, iaitu sebelum rawatan dijalankan (temu bual pra) dan selepas rawatan (temu bual pos).

4.17 Analisis Data Kualitatif (Temu Bual)

Miles dan Huberman (1994) telah mencadangkan tiga langkah utama bagi memproses data kualitatif. Antara langkah tersebut termasuklah (a) mereduksi data, (b) memapar data, dan (c) membuat kesimpulan dan verifikasi data. Reduksi data merujuk kepada kerja-kerja memilih dan menyaring data kualitatif yang telah ditranskripsi. Proses ini bertujuan untuk menyusun data semula. Di antara perkara yang terlibat dalam proses reduksi data termasuklah membuat ringkasan, memberikan kod, meletakkan tema dan mengumpulkannya di dalam kelompok. Proses reduksi data dapat membantu pengkaji memilih data-data yang hanya bersesuaian dengan matlamat dan soalan kajian. Memapar data pula merujuk kepada bagaimana pengkaji memaparkan data yang telah dianalisis dalam pelbagai bentuk. Misalnya, dalam bentuk naratif, graf dan sebagainya. Cara ini akan

memudahkan pengkaji melihat kesesuaian data tersebut dalam konteks kajian. Sebaliknya kesimpulan dan verifikasi pula merujuk kepada cara pengkaji membuat interpretasi makna tema yang diperolehi berdasarkan objektif kajian.

Dalam konteks kajian ini analisis data secara kualitatif adalah berdasarkan konsep yang diperkenalkan oleh Miles dan Huberman (1994). Langkah pertama yang dilakukan pengkaji adalah dengan menyalin pita audio dalam bentuk tulisan transkrip atau melibatkan proses transkripsi data verbatim. Kemudian pengkaji membuat saringan terhadap data tersebut dengan memberikan indeks.

Setelah diberikan indeks, pengkaji perlu memahami data tersebut dengan meneliti perkara yang dinyatakan oleh subjek kajian dan makna data tersebut kepada pengkaji dan kesesuaian data tersebut dengan objektif kajian. Oleh itu, bagi memudahkan analisis setiap baris transkripsi diberikan nombor dan catatan tema yang berkaitan dengan kajian. Dalam proses menganalisis data kualitatif, pengkaji menggunakan tema keseimbangan sosial daripada Perspektif Kognitif Tingkah laku sebagai asas.

4.18 Kawalan Terhadap Ancaman Luaran Dalam Kajian Eksperimen

Bagi melaksanakan kajian secara eksperimen sudah tentu terdapat pelbagai ancaman yang mempengaruhi kesahihan atau ketepatan dapatan kajian. Hal ini demikian adalah kerana dalam kajian ini pengkaji memanipulasi dan mengawal satu atau lebih pemboleh ubah bebas ke atas pemboleh ubah bersandar. Mengikut Fraenkel dan Wallen (2007), faktor penting yang perlu diberikan perhatian dalam kajian eksperimen terutama bagi menilai hasil dapatan ialah pemboleh ubah yang berkaitan dengan ancaman kepada

internal validity (kesahan dalaman). Terdapat beberapa pemboleh ubah luaran yang boleh mempengaruhi validiti dalaman. Antaranya termasuklah ciri-ciri subjek (*subject characteristics*), mortaliti (*mortality*), kematangan (*maturation*), sejarah (*history*), bias pemilihan subjek, instrumentasi (*instrumentation*), dan regresi (*regression*)

1. Kesan Ciri-ciri Subjek (*Subject characteristics*)

Terdapat pelbagai ciri subjek yang boleh mempengaruhi kajian tetapi yang paling utama ialah berkaitan dengan kebolehan berfikir dan jantina. Tahap pemikiran yang berbeza dalam kalangan subjek sudah tentu mendatangkan kesan yang berbeza. Begitu juga dengan faktor jantina berkemungkinan memberikan kesan yang berbeza jika agihan subjek mengikut jantina adalah tidak sama.

Oleh itu dalam kajian ini bagi memastikan kesan perbezaan dalam ciri-ciri subjek dapat dikurangkan, pengkaji menggunakan kaedah pemilihan subjek secara rawak untuk diagihkan kepada setiap kumpulan rawatan dan kawalan. Begitu juga dari segi jantina bagi setiap kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan bilangan lelaki dan perempuan adalah sama.

2. Kesan mortaliti (*mortality*)

Mortaliti akan memberikan kesan kepada skor rawatan pos. Mortaliti dalam kajian eksperimen akan dialami apabila subjek kajian tidak dapat meneruskan sesi rawatan. Mereka ini dikatakan tercicir atau *drop out* atau tidak ingin terlibat dengan kajian. Dengan ini kesahan dalaman kajian akan dipengaruhi tidak kira kumpulan

rawatan atau kumpulan kawalan. Bagi mengurangkan kesan mortaliti dalam kajian eksperimen ini, pengkaji telah bekerjasama dengan kaunselor sekolah dan juga pihak pentadbir serta ibu bapa agar memberikam penekanan kepada murid-murid tentang pelibatan mereka dalam kajian ini serta menjelaskan kepentingan rawatan ini kepada mereka.

3. Kesan kematangan

Kematangan merupakan perubahan psikologi dan biologi yang berlaku terhadap subjek kajian semasa mereka masih lagi terlibat dalam kajian. Proses kematangan termasuklah peningkatan usia dan meningkatkan keupayaan kognitif mereka. Aspek ini secara tidak langsung akan mempengaruhi hasil kajian. Biasanya kesan kematangan terjadi sekiranya eksperimen yang dilaksanakan mengambil masa yang panjang.

Dalam kajian ini purata umur subjek kajian ialah 19 tahun bagi kedua-dua kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Semasa kumpulan rawatan diberikan kaunseling Kelompok dengan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku (PKTKK) kumpulan kawalan akan terlibat dengan aktiviti kokurikulum masing-masing. Rawatan yang diberikan hanya memakan masa selama lapan minggu sahaja dan dijalankan seminggu sekali. Oleh itu faktor kematangan atau apa-apa perkembangan tentu akan mempengaruhi kedua-dua kumpulan. Selain itu jangka masa pengujian bagi kedua kumpulan adalah sama. Dengan itu, kesan kematangan dapat dikawal dalam kajian ini.

4. Kesan Sejarah

Kesan sejarah merujuk kepada kejadian luar jangkaan atau luar kawalan sama ada secara spesifik atau secara umum yang mungkin berlaku semasa rawatan diberikan atau eksperimen sedang dalam proses. Sesuatu peristiwa atau kejadian yang berlaku ini mungkin mempengaruhi pemboleh ubah bebas dan pemboleh ubah bersandar atau perhubungan sebab dan akibat yang akan seterusnya memberikan kesan kepada kesahan dalaman.

Oleh sebab itu dalam kajian ini semua subjek kajian dikeluarkan atau tidak dibenarkan terlibat dalam aktiviti-aktiviti lain yang berkaitan dengan bimbingan dan kaunseling semasa rawatan dijalankan. Ini dapat mencegah atau mengelakkan subjek kajian mendapat apa-apa maklumat atau kemahiran yang berkaitan yang mungkin dapat mempengaruhi hasil kajian. Namun sekiranya apa-apa aktiviti dilaksanakan di sekolah, aktiviti tersebut akan melibatkan kedua-dua kumpulan rawatan dan kawalan iaitu kedua-dua kumpulan akan mendapat kesan yang sama. Dengan ini kesan sejarah dapat dikawal.

5. Kesan *bias* dalam pemilihan

Ancaman dalam kesahan dalaman boleh juga disebabkan oleh pemilihan subjek yang tidak sesuai, iaitu tidak dibuat secara rawak bagi setiap kumpulan rawatan dan kawalan. Perbezaan dalam komposisi kumpulan akibat pemilihan subjek kajian ke dalam setiap kumpulan tidak dilakukan secara rawak dan juga bilangan yang tidak sama dapat memberikan kesan kepada kajian. Walau bagaimanapun, dalam kajian ini pemilihan subjek ke dalam kumpulan dilakukan secara rawak, malah pemilihan subjek secara rawak

merupakan prasyarat yang perlu dipenuhi bagi penggunaan analisis statistik dalam kajian ini.

6. Kesan instrumentasi

Kesan instrumentasi berlaku apabila adanya perubahan dalam instrumen pengujian daripada ujian pra dan ujian pos atau penggunaan ujian yang tidak sama. Sekiranya keadaan ini berlaku, kesahan dalaman akan terganggu kerana perubahan yang berlaku pada ujian pos kemungkinan bukan disebabkan perbezaan dalam rawatan tetapi disebabkan perbezaan dalam instrumentasi. Dalam kajian ini kesan instrumentasi tidak mungkin berlaku memandangkan kajian ini yang menggunakan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) yang sama pada ujian pra mahupun pada ujian pos, malah skor yang dikumpul adalah merupakan pengujian yang menggunakan kertas pensel dan bukannya pemerhatian.

7. Kesan regresi statistik

Kesan regresi statistik boleh berlaku apabila subjek yang dipilih bagi kumpulan eksperimen memperoleh skor yang melampau (*extreme*) bagi pemboleh ubah bersandar pada peringkat permulaan kajian. Sebagai contohnya memperoleh skor yang terlalu tinggi atau terlalu rendah. Berdasarkan hukum *probability*, bagi subjek kajian yang memperoleh skor yang tinggi dalam sesuatu pemboleh ubah sudah tentu mempunyai peluang yang tinggi untuk mendapat kesan perubahan yang ketara pada ujian pos selepas rawatan diberikan. Begitu juga sebaliknya bagi subjek yang memperoleh skor yang

rendah. Oleh itu, fenomena regresi statistik akan memberikan kesan kepada kesahan dalaman kajian.

Walau bagaimanapun dalam kajian ini ancaman kepada regresi statistik tidak berlaku kerana sampel telah pun dipilih secara rawak. Oleh yang demikian masalah ini dapat diatasi, malah sampel yang mempunyai skor yang ekstrem dikeluarkan atau tidak dijadikan sampel kajian.

4.19 Rumusan

Dalam bab ini pengkaji telah membincangkan reka bentuk kajian, lokasi kajian, pemilihan subjek kajian, prosedur kajian, kerangka kerja konseptual kajian, prosedur rawatan kaunseling, instrumen kajian, kajian rintis, kebolehpercayaan, kaedah penganalisisan data dan kawalan ke atas ancaman eksperimen. Bab berikutnya akan membincangkan dapatan kajian.

BAB V

KEPUTUSAN KAJIAN

5.1 Pendahuluan

Bab ini merupakan pembentangan keputusan kajian. Tujuan kajian ini adalah untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK) terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri remaja. Kajian ini mempunyai tiga objektif utama, iaitu pertama adalah untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK) terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Objektif kedua kajian adalah untuk melihat kesan interaksi antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok dan jantina terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Objektif ketiga pula adalah untuk mengenal pasti situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan sosial serta simptom kebimbangan yang dialami remaja.

Dalam kajian ini PKTKK merupakan pemboleh ubah tidak bersandar, manakala jantina merupakan pemboleh ubah moderator. Dua instrumen digunakan iaitu *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* yang telah direka oleh La Greca dan Lopez (1998,1999) untuk mengukur kebimbangan sosial dan *Revised Self-Consciousness Scale* (Scheier & Carver, 1985) pula digunakan untuk mengukur perhatian fokus sendiri. Kesemua instrumen ini telah diterjemahkan ke

dalam Bahasa Malaysia dan ditukar kepada Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Skala Kesedaran Kendiri (SKK).

Keputusan dapatan kajian dipaparkan dalam dua bahagian. Bahagian pertama merupakan keputusan analisis data secara kuantitatif. Data bagi analisis secara kuantitatif diperoleh daripada data ujian pra dan data ujian pos kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan berdasarkan laporan sendiri dengan menggunakan alat ujian SKSR dan SKK ke atas 72 orang subjek kajian. Statistik deskriptif dan statistik inferensi telah digunakan bagi menganalisis data. Antara ujian statistik inferensi yang digunakan adalah *Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)* dan *Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)*. Oleh sebab analisis data kajian menggunakan pengukuran *multivariate*, pengujian bagi memenuhi syarat pengukuran ini juga diterangkan.

Bahagian kedua pula merupakan pembentangan dapatan kajian berdasarkan analisis temu bual dengan melihat data dua subjek kajian (seorang lelaki dan seorang perempuan) kajian kes terpilih daripada kumpulan eksperimen. Dapatan temu bual adalah sebagai triangulasi kepada dapatan kuantitatif.

5.2 Analisis Deskriptif Subjek Kajian

Subjek kajian ini merupakan murid tingkatan enam rendah yang dipilih secara rawak daripada 120 orang murid. Profil lengkap subjek kajian ditunjukkan pada Jadual 5.1. Daripada 120 orang murid hampir keseluruhan memenuhi kriteria sebagai subjek kajian berdasarkan tapisan awal dengan melihat kepada skor kebimbangan sosial yang diperoleh daripada Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR). Walau bagaimanapun hanya 72 orang murid dipilih sebagai subjek kajian (36 orang atau 50% murid lelaki dan

36 orang atau 50% murid perempuan). Kesemua subjek kajian terdiri daripada murid Melayu. Bilangan dan peratusan subjek kajian ditunjukkan pada Jadual 5.1

Jadual 5.1

Kekerapan dan Peratusan Subjek Kajian (N=72)

Jantina	Rawatan	Kawalan
Lelaki	18 (50%)	18 (50%)
Perempuan	18 (50%)	18 (50%)

Daripada Jadual 5.1 dapat dilihat bilangan subjek kajian bagi setiap kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan adalah sama. Kajian berbentuk eksperimen memerlukan lebih kurang 15 orang subjek bagi setiap kumpulan Creswell (2008).

Latar belakang subjek kajian pula ditunjukkan pada Jadual 5.2. Daripada Jadual 5.2 didapati subjek lelaki adalah sejumlah 36 orang dan subjek perempuan juga sejumlah 36 orang. Keseluruhan daripada subjek adalah murid Melayu. Daripada jumlah 72 orang murid, 16 orang murid dari kelas 6 Rendah Satu, 22 orang dari 6 Rendah Dua dan sejumlah 34 dari 6 Rendah Tiga.

Jadual 5.2

Latar Belakang Subjek Kajian (N=72)

Latar belakang	Subjek	Bilangan	Peratus
Jantina	Lelaki	36	50
	Perempuan	36	50
Bangsa	Melayu	72	100
Agama	Islam	72	100
Aliran	6R1	16	22.2
	6R2	22	30.6
	6R3	34	47.2

5.3 Syarat Ujian *Multivariate*

Kajian ini menggunakan prosedur *multivariate* bagi menganalisis data. Oleh itu beberapa syarat analisis *multivariate* perlu dipenuhi terlebih dahulu sebelum analisis data dilaksanakan iaitu dari segi normaliti taburan data, lineariti dan juga kesamaan varians (*homogeneity of variance*). Begitu juga dari segi saiz sampel bagi setiap kumpulan perbandingan perlu melebihi 15. Dalam kajian ini saiz sampel bagi setiap kumpulan perbandingan rawatan dan kawalan ialah 36 orang. Mengikut Chua (2009), sekiranya saiz subjek dalam subkumpulan mencapai 30, data kajian dianggap bertaburan normal. Walau bagaimanapun, ujian normaliti masih perlu dijalankan bagi melihat taburan data pemboleh ubah bersandar.

5.3.1 Normaliti dan Homogeniti Data

Dalam kajian ini terdapat dua pemboleh ubah bersandar, iaitu skor keseimbangan sosial yang diukur dengan menggunakan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan skor perhatian fokus sendiri yang diukur dengan Skala Kesedaran Kendiri (SKK). Normaliti diuji dengan melihat kepada taburan data pemboleh ubah bersandar kajian.

Jadual 5.3

Min, Sisisihan Piawai, Skewness dan Kurtosis Pemboleh ubah Bersandar Kajian pada Ujian Pra Mengikut Kumpulan (N=72)

Kumpulan	Pemboleh ubah	Min	SD	Skewness	Kurtosis
Kawalan	SKSR	78.11	6.73	-.417	-.186
	SKK	78.25	6.60	-.447	-.635
Rawatan	SKSR	78.03	5.96	-.204	-.799
	SKK	77.14	6.26	-.209	-.895

Taburan data menunjukkan nilai skewness dan kurtosis bagi kedua-dua pemboleh ubah memenuhi syarat normaliti, iaitu nilai skewness dan kurtosis adalah dalam lingkungan -1.0 hingga +1.0. Mengikut Chua (2009) dalam penyelidikan kajian Sains Sosial nilai skewness dan nilai kurtosis ± 2 dapat diterima. Normaliti data kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan ditunjukkan pada Jadual 5.3.

5.3.2 Persamaan Dalam Matriks Varian Covarian (*Equality variance co variance matrices*)

Bagi melihat sama ada terdapat atau tidak persamaan matrik *varian covarian* ujian *Box's M* digunakan. Jadual 5.4 menunjukkan ujian *Box's M* dan didapati matrik *varian covarian* bagi kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan pada ujian pra adalah

tidak signifikan iaitu nilai $p = .404$ (iaitu $>.05$). Ini bermakna tidak terdapat perbezaan (terdapat persamaan) varian covarian bagi kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan pada ujian pra

Jadual 5.4

Ujian Kesamaan Matriks Covariance Box's M (Box's Test of Equality of Covariance Matrices) bagi Kumpulan Rawatan dan Kumpulan Kawalan pada Ujian Pra (N=72)

Sumber	Box's M	f	df 1	df2	sig.
Ujian pra	3.04	.973	3	8.8.20E5	.404

Bagi melihat homogeniti data pemboleh ubah bersandar pada ujian pra, ujian Levene telah digunakan. Analisis data dengan menggunakan ujian Levene mendapati kesemua skor pemboleh ubah bersandar yang dikaji mempunyai homogeniti dari segi varian iaitu $p >.05$. Berdasarkan ujian Levene yang tidak signifikan, didapati skor bagi kumpulan rawatan dan kawalan memenuhi syarat penggunaan ujian *Multivariate*. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 5.5.

Jadual 5.5

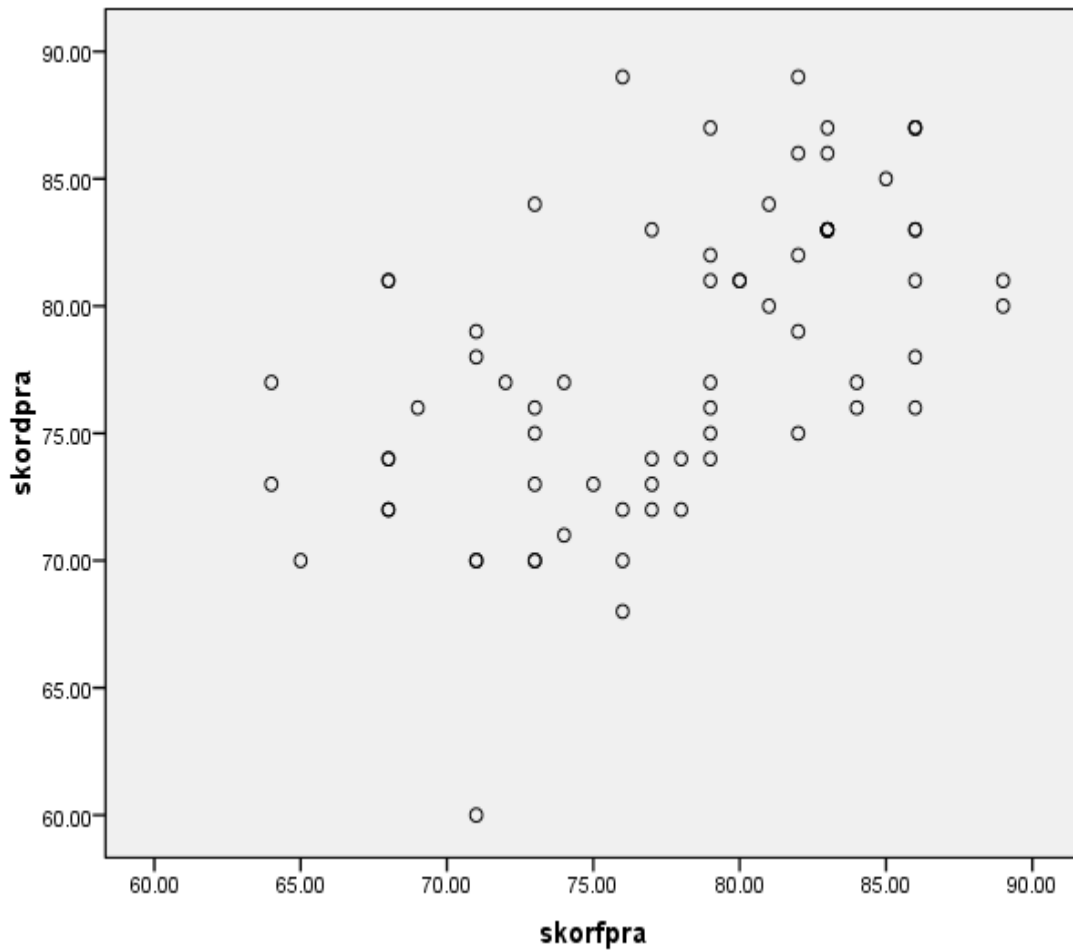
Nilai Ujian Levene (Levene's of Equality of Error Variances) Pemboleh Ubah Bersandar Pada Ujian Pra (N=72)

Pemboleh ubah	f	df1	df2	sig
SKSR pra	3.52	1	70	.07
SKK pra	.02	1	70	.89

5.3.3 Lineariti antara pemboleh ubah bersandar

Hubungan yang *linear* antara pemboleh ubah bersandar yang dikaji juga menjadi syarat kepada penggunaan ujian *Multivariate*. Dalam kajian ini andaian perhubungan yang *linear* di antara dua pemboleh ubah bersandar yang dikaji iaitu kebimbangan sosial remaja yang diukur dengan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan perhatian fokus sendiri yang diukur dengan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) telah diuji. Rajah 5.1 menunjukkan *scatter plot* kumpulan kawalan dan kumpulan rawatan bagi SKSR ujian pra dan SKK ujian pra. Berdasarkan rajah tersebut pada paksi Y merupakan SKSR ujian pra dan paksi X pula merupakan SKK ujian pra. Rajah *scatter plot* menunjukkan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) berhubungan secara positif dengan Skala Kesedaran Kendiri (SKK)

Keputusan *Bivariate Pearson Product Moment* juga membuktikan wujudnya hubungan yang positif antara Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dengan Skala Kesedaran Kendiri (SKK) ujian pra pada nilai ($r = .56, p < .05$).



Rajah 5.1. Scatter plot bagi melihat perhubungan linear antara SKSR ujian pra dan SKK ujian pra.

5.4 Analisis Data Ujian pra

5.4.1 Perbezaan min skor SKSR dan SKK mengikut kumpulan

Analisis data pada ujian pra dijalankan untuk memastikan tidak terdapat perbezaan min bagi skor pemboleh ubah bersandar yang dikaji antara kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan serta antara jantina lelaki dan perempuan sebelum rawatan dilaksanakan. Analisis data pada ujian pra juga dilakukan terhadap subskala kedua-dua pemboleh ubah bersandar yang dikaji untuk memastikan tiada perbezaan skor antara kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan serta antara jantina lelaki dengan perempuan. Oleh itu, untuk tujuan tersebut, ujian MANOVA satu hala telah digunakan untuk mengukur perbezaan min skor pemboleh ubah bersandar kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan pada ujian pra dalam kalangan subjek keseluruhan lelaki dan perempuan.

Terdapat dua pemboleh ubah bersandar utama dalam kajian ini, iaitu keseimbangan sosial yang diukur dengan menggunakan Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan perhatian fokus sendiri yang diukur dengan menggunakan Skala Kesedaran Kendiri (SKK). Min skor SKSR pada ujian pra bagi kumpulan kawalan ialah 78.1 dengan Sisihan Piawai 6.7 manakala skor SKK dengan min 78.3 dan sisihan piawai 6.6. Bagi kumpulan rawatan pula, min bagi skor SKSR ialah 78.03 dan sisihan piawai 5.96 manakala skor SKK dengan nilai min 77.14 dan sisihan piawai 6.26. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 5.6.

Jadual 5.6

Min dan Sisisihan Piawai Pemboleh ubah SKSR dan SKK pada Ujian pra Mengikut Kumpulan (N=72)

Kumpulan	Pemboleh ubah	Min	SD
Kawalan	SKSR	78.11	6.73
	SKK	78.25	6.60
Rawatan	SKSR	78.03	5.96
	SKK	77.14	6.26

Hasil analisis statistik berdasarkan ujian MANOVA mendapati tidak terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran ujian pra ke atas kesemua pemboleh ubah yang dikaji, iaitu kebimbangan sosial yang diukur dengan SKSR dan perhatian fokus sendiri yang diukur dengan SKK antara kumpulan kawalan dengan kumpulan rawatan pada ujian pra terhadap skor kebimbangan sosial (SKSR) dengan nilai [$F(1,70) = 0.04, p > .05$] dan skor Perhatian Fokus Kendiri (SKK) dengan nilai [$F(1,70) = .538, p > .05$]. Ini menunjukkan tidak terdapat perbezaan dalam min skor semua pemboleh ubah bersandar antara kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan pada ujian pra iaitu dengan nilai $p > .05$. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 5.7.

Ujian *Multivariate Pillai Trace* juga menunjukkan tidak ada perbezaan yang signifikan dalam skor pemboleh ubah Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan skor Skala Kesedaran Kendiri (SKK) pada ujian pra dengan nilai [$F(2, 69) = .36, p > .05$] antara kumpulan kawalan dengan kumpulan rawatan.

Jadual 5.7

Ujian MANOVA Perbandingan Skor Min Ujian pra Pemboleh Ubah SKSR dan SKK Berdasarkan Kumpulan (N=72)

Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Square
<i>Corrected Model</i>	SKSR pra	.125 ^a	1	.125	.004	.953	.000
	SKK pra	22.22 ^b	1	22.22	.538	.466	.008
<i>Intercept</i>	SKSR pra	438828.3	1	438828.3	1.231E4	.000	.994
	SKK pra	5	1	5	1.052E4	.000	.993
		434622.7		434622.7			
		2		2			
Kumpulan	SKSR pra	125	1	125	.004	.935	.000
	SKK pra	22.22	1	22.22	.538	.466	.008
<i>Error</i>	SKSR pra	2494.528	70	35.636			
	SKK pra	2893.056	70	41.329			
<i>Total</i>	SKSR pra	441323.0	72				
	SKK pra	00	72				
		437538.0					
		00					
<i>Corrected Total</i>	SKSR pra	2494.653	71				
	SKK pra	2915.278	71				

$p < .05$

5.4.2 Perbezaan min skor SKSR dan SKK mengikut jantina

Jika dilihat dari segi jantina pula, didapati min skor SKSR ujian pra lelaki adalah 77.61 dengan Sisihan Piawai 5.36 dan min skor SKK bagi lelaki ialah 77.28 dengan sisihan piawai 6.38. Bagi perempuan pula min skor SKSR ialah 78.53 dan sisihan piawai 6.46 dan min skor SKK perempuan ialah 78.11 dengan sisihan piawai 6.50. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 5.8.

Jadual 5.8

Min dan Sisihan Piawai Pemboleh Ubah SKSR dan SKK Lelaki dan Perempuan Pada Ujian Pra

Jantina	Pemboleh ubah	min	SD
Lelaki	SKSR pra	77.61	5.36
	SKK pra	77.28	6.38
Perempuan	SKSR pra	78.53	6.46
	SKK pra	78.11	6.50

Hasil analisis ujian MANOVA juga menunjukkan tidak terdapat perbezaan yang signifikan dalam min skor ujian pra Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dengan nilai [$F(1,70) = .43, p > .05$] dan min skor ujian pra Skala Kesedaran Kendiri yang mengukur Perhatian Fokus Kendiri (SKK) dengan nilai [$F(1,70) = .30, p > .05$] antara jantina lelaki dengan perempuan. Ini menunjukkan tidak terdapat perbezaan dalam min skor semua pemboleh ubah bersandar antara jantina lelaki dengan perempuan pada ujian pra iaitu dengan nilai $p > .05$. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 5.9.

Ujian *Multivariate Pillai Trace* juga menunjukkan tidak ada perbezaan yang signifikan dalam skor pemboleh ubah Skala Kebimbangan Sosial (SKSR) dan skor Skala Kesedaran Kendiri (SKK) pada ujian pra dengan [$F(2,69)=.23$, $p >.05$] antara lelaki dengan perempuan.

Jadual 5.9

Ujian MANOVA Perbandingan Min Skor Pemboleh ubah SKSR dan SKK Pada Ujian pra Berdasarkan Jantina (N=72)

Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta squared
<i>Corrected Model</i>	SKSR pra	15.125a	1	15.125	.427	.516	.006
	SKK pra	12.500d	1	12.500	.301	.585	.004
<i>Intercept</i>	SKSR pra	438828.35	1	438828.3	1.239E	.000	.994
	SKK pra	434622.72	1	434622.7	1.048E	.000	.993
Jantina	SKSR pra	15.13	1	15.13	.427	.516	.006
	SKK pra	12.50	1	12.50	.301	.585	.004
<i>Error</i>	SKSR pra	2479.53	70	2479.53	35.42		
	SKK pra	2902.78	70	2902.78	41.47		
<i>Total</i>	SKSR pra	441323.00	72				
	SKK pra	437538.00	72				
<i>Corrected Total</i>	SKSR pra	2494.65	71				
	SKK pra	2915.28	71				

$P<.05$

5.4.3 Perbezaan min skor subskala SKSR dan SKK mengikut kumpulan

Analisis min juga dilihat pada setiap subskala pemboleh ubah bersandar yang dikaji. Pemboleh ubah Kebimbangan Sosial mempunyai tiga subskala iaitu yang terdiri daripada Ketakutan kepada Penilaian Negatif (TPN), Penghindaran Sosial Distres kepada sesuatu situasi baharu (SAD-*New*) dan Penghindaran Sosial Distres kepada situasi Umum (SAD-Umum). Manakala perhatian fokus sendiri yang diukur menggunakan Skala Kesedaran sendiri (SKK) juga mempunyai tiga subskala. Namun begitu dalam kajian ini pengkaji hanya menggunakan dua subskala sahaja iaitu kesedaran sendiri peribadi (SKK-Peribadi) dan skala kesedaran sendiri awam (SKK-Awam). Kedaaan ini dapat dijelaskan pada Jadual 5.10.

Jadual 5.10

Min dan Sisihan Piawai Subskala Pemboleh ubah SKSR dan SKK Kumpulan Kawalan dan Rawatan Pada Ujian Pra (N=72)

Kumpulan	Pemboleh ubah Bersandar	Min pra	SD
Kawalan	TPN	30.22	3.48
	SAD- <i>New</i>	21.44	2.18
	SAD -Umum	11.31	2.27
	SKK-Peribadi	33.36	3.42
	SKK- Awam	26.22	2.71
Rawatan	TPN	30.03	3.90
	SAD <i>New</i>	22.81	3.05
	SAD- Umum	11.25	2.71
	SKK-Peribadi	32.42	2.93
	SKK- Awam	25.56	2.63

Berdasarkan Jadual 5.10 didapati min skor Subskala Ketakutan Penilaian Negatif (TPN) kumpulan kawalan adalah 30.22 dengan sisihan piawai 3.48, min skor Subskala Penghindaran Sosial Distres Baharu (SAD-*New*) kumpulan kawalan ialah 21.44 dengan sisihan piawai 2.18, min skor Subskala Penghindaran Sosial Distres Umum (SAD-Umum) kumpulan kawalan ialah 11.31 dengan sisihan piawai 2.27, min skor Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi kumpulan kawalan adalah 33.36 dengan sisihan piawai 3.42 dan min skor Subskala Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam) kumpulan kawalan ialah 26.22 dengan sisihan piawai 2.71. Bagi kumpulan rawatan min skor Subskala Takut Penilaian Negatif (TPN) ialah 30.03 dengan sisihan piawai 3.90, min skor Subskala

Penghindaran sosial Distres Baharu (SAD-*New*) ialah 22.81 dengan sisihan piawai 3.05, min skor Subskala Penghindaran sosial Distres Umum (SAD-Umum) ialah 11.25 dengan sisihan piawai 2.71, min skor Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) ialah 32.43 dengan sisihan piawai 2.93 serta min skor Subskala Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam) ialah 25.56 dengan sisihan piawai 2.63. Berdasarkan nilai min subskala kedua-dua pemboleh ubah yang dikaji min skor bagi semua subskala adalah hampir sama bagi kumpulan rawatan dan juga kumpulan kawalan.

Daripada analisis Ujian MANOVA juga didapati tiada perbezaan yang signifikan antara kumpulan kawalan dan kumpulan rawatan dalam min skor Subskala Kebimbangan Sosial Takut Penilaian Negatif (TPN) dengan nilai [$F(1,70) = .05, p > .05$]; min skor sub Skala Penghindaran Sosial Distres Baharu (SAD-*New*) dengan nilai [$F(1,70) = 4.74, p > .05$] dan min Subskala Penghindaran Sosial Distres Umum (SAD-Umum) dengan nilai [$F(1,70) = 0.09, p > .05$]. Ini dapat ditunjukkan berdasarkan Jadual 5.11. Bagi skor Skala Kesedaran Kendiri yang mengukur perhatian fokus sendiri terdapat dua subskala iaitu Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) dan Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam). Kedua-dua subskala ini juga tidak menunjukkan perbezaan min skor yang signifikan bagi kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan pada ujian pra dengan nilai $p > .05$. Ini juga dapat ditunjukkan dalam Jadual 5.11. Berdasarkan jadual 5.11 min skor Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) menunjukkan nilai [$F(1,70) = 1.58, p > .05$] dan min skor Subskala Kesedaran Kendiri Awam mempunyai nilai [$F(1,70) = 1.12, p > .05$].

Jadual 5.11

Ujian MANOVA perbandingan min skor subskala pemboleh ubah SKSR dan SKK pada ujian pra berdasarkan kumpulan (N=72)

Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta squared
<i>Corrected Model</i>	TPN	681a	1	681	.050	.824	.001
	SAD- <i>New</i>	33.35b	1	33.35	4.74	.033	.063
	SAD- Umum	.056c	1	.056	.009	.925	.000
	SKK-Peribadi	16.06d	1	16.06	1.58	.213	.022
	SKK- Awam	8.00e	1	8.00	1.12	.293	.016
<i>Intercept</i>	TPN	65341.13	1	65341.13	4.778E3	.000	.986
	SAD- <i>New</i>	35245.13	1	35245.13	5.009E3	.000	.986
	SAD Umum	9157.56	1	9157.56	1.469E3	.000	.955
	SKK-Peribadi	77880.89	1	77880.89	7.667E3	.000	.991
	SKK- Awam	48256.89	1	48256.89	6.768E3	.000	.990
Kumpulan	TPN	681	1	681	.050	.824	.001
	SAD- <i>New</i>	33.35	1	33.35	4.74	.033	.063
	SAD- Umum	.056	1	.056	.009	.925	.000
	SKK-Peribadi	16.06	1	16.06	1.58	.213	.022
	SKK- Awam	8.00	1	8.00	1.12	.293	.016
<i>Error</i>	TPN	947.19	70	13.67			
	SAD- <i>New</i>	492.53	70	7.04			
	SAD Umum	436.39	70	6.23			
	SKK-Peribadi	711.06	70	10.16			
	SKK- Awam	499.11	70	7.13			
<i>Total</i>	TPN	66299.00	72				
	SAD- <i>New</i>	35771.00	72				
	SAD Umum	9594.00	72				
	SKK-Peribadi	78608.00	72				
	SKK- Awam	48764.00	72				
Corrected Total	TPN	957.88	71				
	SAD- <i>New</i>	525.88	71				
	SAD- Umum	436.44	71				
	SKK-Peribadi	727.11	71				
	SKK- Awam	507.11	71				

$p < .05$

Ujian *Multivariate Pillai Trace* juga menunjukkan tidak ada perbezaan yang signifikan dalam min skor pemboleh ubah Subskala Kebimbangan Sosial (SKSR) dan skor Subskala Kesedaran Kendiri (SKK) pada ujian pra dengan [$F(2,69)=.23, p>.05$] mengikut kumpulan.

5.4.4 Perbezaan min skor Subskala SKSR dan SKK mengikut jantina

Jika dilihat kepada min skor subskala pemboleh ubah bersandar yang dikaji mengikut jantina didapati min skor kesemua subskala pemboleh ubah adalah hampir sama. Ini dapat dilihat pada Jadual 5.12.

Jadual 5.12

Min dan Sisihan Piawai Subskala Pemboleh ubah Bersandar SKSR dan SKK Lelaki dan Perempuan Pada Ujian Pra

Jantina	Pemboleh ubah Bersandar	Min pra	SD
Lelaki	TPN	29.69	3.44
	SAD- <i>New</i>	21.50	2.84
	SAD-Umum	11.36	2.57
	SKK-Peribadi	32.72	2.94
	SKK- Awam	25.97	2.51
Perempuan	TPN	30.56	3.89
	SAD- <i>New</i>	22.75	2.47
	SAD- Umum	11.19	2.41
	SKK-Peribadi	33.06	3.47
	SKK- Awam	25.81	2.67

Berdasarkan Jadual 5.12 didapati min skor Subskala Ketakutan Penilaian Negatif (TPN) lelaki ialah 29.69 dengan sisihan piawai 3.44, min skor Subskala Penghindaran sosial Distres Baharu (SAD- *New*) lelaki ialah 21.50 dengan sisihan piawai 2.84, min skor Subskala Penghindaran sosial Distres Umum (SAD-Umum) lelaki ialah 11.36 dengan sisihan piawai 2.57, min skor Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi lelaki ialah 32.72 dengan sisihan piawai 2.94 dan min skor Subskala Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam) lelaki ialah 25.97 dengan sisihan piawai 2.51. Bagi jantina perempuan min skor Subskala Takut Penilaian Negatif (TPN) ialah 30.56 dengan sisihan piawai 3.89, min skor Subskala Penghindaran Sosial Distres Baharu (SAD-*New*) ialah 22.75 dengan sisihan piawai 2.45, min skor Subskala Penghindaran Sosial Distres Umum (SAD-Umum) ialah 11.19 dengan sisihan piawai 2.41, min skor Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) ialah 32.06 dengan sisihan piawai 3.47 serta min skor Subskala Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam) ialah 25.81 dengan sisihan piawai 2.67. Berdasarkan nilai min skor subskala kedua-dua pemboleh ubah yang dikaji didapati min skor bagi semua subskala adalah hampir sama bagi kumpulan rawatan dan juga kumpulan.

Berdasarkan analisis Ujian MANOVA juga didapati tiada perbezaan yang signifikan dalam min skor Subskala Kebimbangan Sosial dan min skor Subskala Kesedaran Kendiri mengikut jantina. Ini dapat dilihat kepada min skor Subskala Takut Penilaian Negatif (TPN) dengan nilai [$F(1,70) = .99, p > .05$]; min skor Subskala Penghindaran Sosial Distres Baharu (SAD-*New*) dengan nilai [$F(1,70) = 3.96, p > .05$] dan Penghindaran Sosial Distres Umum (SAD-Umum) dengan nilai [$F(1,70) = 0.08, p > .05$]. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 5.13. Bagi skala kesedaran kendiri yang

mengukur perhatian fokus sendiri terdapat dua subskala iaitu Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) dan Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam). Kedua-dua subskala ini juga menunjukkan tidak terdapat perbezaan min skor yang signifikan bagi lelaki dan perempuan pada ujian pra dengan nilai $p > .05$. Hal ini dapat dijelaskan lagi dalam Jadual 5.13. Berdasarkan Jadual 5.13 min Subskala Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) menunjukkan nilai $[F(1,70) = .193, p > .05]$ dan min skor Subskala Kesedaran sendiri Awam mempunyai nilai $[F(1,70) = 0.07, p > .05]$ bagi subskala pemboleh ubah bersandar mengikut jantina.

Ujian *Multivariate Pillai Trace* juga menunjukkan tidak ada perbezaan yang signifikan di dalam min skor pemboleh ubah Subskala Kebimbangan Sosial (SKSR) dan min skor Subskala Kesedaran Kendiri (SKK) pada ujian pra dengan $[F(5,66) = 1.06, p > .05]$ mengikut jantina.

Ketiadaan perbezaan ini menunjukkan bahawa skor pemboleh ubah bersandar dan subskala pemboleh ubah bersandar bagi kumpulan kawalan dan kumpulan rawatan mempunyai persamaan pada peringkat permulaan mereka menjalani rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok. Oleh yang demikian, bolehlah diandaikan bahawa apa-apa perubahan skor yang berlaku terhadap pemboleh ubah bersandar setelah menjalani rawatan yang dijalankan ialah kesan dari rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling (PKTKK) tersebut.

Oleh itu dalam konteks kajian ini sebarang perubahan yang berlaku pada skor pemboleh ubah bersandar kajian pada ujian pos ialah kesan daripada rawatan

menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK).

Jadual 5.13

Ujian MANOVA perbandingan min skor subskala pemboleh ubah bersandar pada ujian pra berdasarkan jantina (N=72)

Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig	Partial Eta squared
<i>Corrected Model</i>	TPN	13.47a	1	13.47	.989	.323	.014
	SAD- <i>New</i>	28.125b	1	28.125	3.96	.051	.053
	SAD- Umum	500c	1	500	.080	.778	.001
	SKK-Peribadi	2.000d	1	2.000	.193	.662	.003
	SKK- Awam	500e	1	500	.069	.793	.001
<i>Intercept</i>	TPN	65341.13	1	65341.13	4.843E3	.000	.986
	SAD- <i>New</i>	35245.13	1	35245.13	4.957E3	.000	.986
	SAD- Umum	9157.56	1	9157.56	1.470E3	.000	.955
	SKK-Peribadi	77880.89	1	77880.89	7.518E3	.000	.991
	SKK- Awam	48256.89	1	48256.89	6.668E3	.000	.990
Jantina	TPN	13.35	1	13.35	.989	.323	.014
	SAD- <i>New</i>	28.13	1	28.13	3.96	.051	.053
	SAD- Umum	.500	1	.500	.080	.778	.001
	SKK-Peribadi	2.00	1	2.00	.193	.662	.003
	SKK- Awam	.500	1	.500	.069	.793	.001
<i>Error</i>	TPN	944.53	70	13.49			
	SAD- <i>New</i>	497.75	70	7.11			
	SAD- Umum	435.94	70	6.23			
	SKK-Peribadi	725.11	70	10.36			
	SKK- Awam	506.61	70	7.24			
<i>Total</i>	TPN	66299.00	72				
	SAD- <i>New</i>	35771.00	72				
	SAD- Umum	9495.00	72				
	SKK-Peribadi	78608.00	72				
	SKK- Awam	48764.00	72				
<i>Corrected Total</i>	TPN	957.86	71				
	SAD- <i>New</i>	525.88	71				
	SAD- Umum	436.44	71				
	SKK-Peribadi	727.11	71				
	SKK- Awam	507.11	71				

5.5 Dapatan Kajian kuantitatif

5.5.1 Kesan rawatan Pendekatan kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap kebimbangan sosial remaja berbanding dengan kumpulan kawalan

Hipotesis berikut dibentuk untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap pemboleh ubah terikat kebimbangan sosial.

Hipotesis 1.1:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor keseluruhan kebimbangan sosial.

Hipotesis 1.2:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor perhatian fokus sendiri.

Bagi mengukur kesan eksperimen kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan terhadap pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial remaja dan perhatian fokus sendiri *Mutiple Analysis of Covariance (MANCOVA)* digunakan untuk menganalisis data ujian pra dan data ujian pos. Data ujian pra telah dijadikan sebagai *covariance*. Seterusnya untuk menghuraikan dapatan kajian pengkaji menggunakan analisis secara deskriptif bagi menjelaskan perbandingan min semua pemboleh ubah bersandar kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan pada ujian pra dan ujian pos. Selanjutnya dapatan dihuraikan pula menggunakan ujian *multivariate* dengan melihat saiz kesan berdasarkan nilai *eta partial squared*. Kesan rawatan juga akan dilihat terhadap skor

subskala pemboleh ubah bersandar iaitu subskala kebimbangan sosial dan subskala kesedaran sendiri.

Analisis statistik secara deskriptif menunjukkan min skor keseluruhan pemboleh ubah bersandar yang dikaji iaitu Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dan Perhatian Fokus Kendiri (SKK) didapati, kumpulan kawalan mempunyai min skor pemboleh ubah bersandar yang tinggi berbanding kumpulan rawatan pada ujian pos. Seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 5.14 min pemboleh ubah bersandar Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) bagi kumpulan kawalan ialah 77.58 dengan sisihan piawai 4.40 pada ujian pos manakala min skor pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial remaja kumpulan rawatan dengan min 51.33 dengan sisihan piawai 1.96. Bagi Perhatian Fokus Kendiri (SKK) skor min kumpulan kawalan ialah 76.25 dengan sisihan piawai 5.73 dibanding kumpulan rawatan nilai min ialah 51.83 dengan sisihan piawai 2.31. Seperti yang dinyatakan pada Jadual tersebut terdapat pengurangan min skor keseluruhan pemboleh ubah bersandar SKSR dan SKK yang dikaji bagi kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan pada ujian pos.

Jadual 5.14

Min Skor Pemboleh Ubah Bersandar SKSR dan SKK Pada Ujian Pra dan Ujian Pos bagi Kumpulan Kawalan dan Kumpulan Rawatan

Kumpulan	Pemboleh ubah Bersandar	min ujian pra	<i>SD</i>	min ujian pos	<i>SD</i>
Kawalan	SKSR	78.11	6.73	77.58	4.40
	SKK	78.25	6.61	76.25	5.73
Rawatan	SKSR	78.08	5.98	51.33	1.96
	SKK	77.18	6.26	51.83	2.31

Hasil analisis ujian MANCOVA menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan antara min ujian pos kumpulan kawalan berbanding dengan min ujian pos kumpulan rawatan bagi kesemua pemboleh ubah bersandar iaitu Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) pada nilai [$F(1,68) = 467.84, p < .05$] dan Perhatian Fokus Kendiri (SKK) pada nilai [$F(1,68) = 420.64, p < .05$]. Perbezaan ini dapat dilihat pada Jadual 5.15.

Keputusan ujian *multivariate Pillai's Trace* juga menunjukkan bahawa ada kesan kumpulan ke atas kedua-dua pemboleh ubah bersandar yang signifikan dengan nilai [$F(2,67) = 4.80, p < .05$].

Jadual 5.15

Analisis MANCOVA (dengan ujian pra sebagai covariate) Perbandingan Kesan PKTKK Terhadap Pemboleh ubah Bersandar Ujian pra dan Ujian pos Kumpulan Kawalan dan Kumpulan Rawatan

							<i>Partial Eta Square d</i>
Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	<i>Sum of Squares</i>	<i>Mean df Square</i>		<i>F</i>	<i>Sig.</i>	
<i>Corrected Model</i>	SKSR pos	9715.646 ^a	3	3238.549	159.734	.000	.876
	SKK pos	9497.538 ^b	3	3165.846	143.241	.000	.863
<i>Intercept</i>	SKSR pos	1350.825	1	1350.825	66.626	.000	.495
	SKK pos	846.168	1	846.168	38.285	.000	.360
SKSRpra	SKSR pos	22.672	1	22.672	1.118	.294	.016
	SKK pos	35.091	1	35.091	1.588	.212	.023
SKKpra	SKSR pos	27.088	1	27.088	1.336	.252	.019
	SKK pos	1.797	1	1.797	.081	.776	.001
Kumpulan	SKSR pos	9485.305	1	9485.305	467.842	.000	.873
	SKK pos	9296.792	1	9296.792	420.640	.000	.861
<i>Error</i>	SKSR pos	1378.673	68	20.275			
	SKK pos	1502.906	68	22.102			
<i>Total</i>	SKSR pos	295981.000	72				
	SKK pos	299294.000	72				
<i>Corrected Total</i>	SKSR pos	11094.319	71				
	SKK pos	11000.444	71				

***p* < .05**

a. R Squared = .876 (*Adjusted R Squared* = .870)

b. R Squared = .863 (*Adjusted R Squared* = .857)

Berdasarkan keputusan ujian tersebut dapat dirumuskan bahawa PKTKK yang diberikan kepada kelompok rawatan ternyata memberikan kesan yang signifikan terhadap kesemua pemboleh ubah bersandar SKSR dan SKK. Jika dilihat kepada saiz kesan PKTKK terhadap pemboleh ubah bersandar kelompok rawatan didapati saiz kesan yang besar berdasarkan nilai saiz kesan iaitu bagi Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) saiz kesan ialah .873 dan bagi Perhatian Fokus Kendiri (SKK) saiz kesan ialah .861. Oleh itu kesemua hipotesis 1.1, 1.2 dan 1.3 adalah tidak diterima. Daripada hasil dapatan ini dapat dirumuskan bahawa PKTKK ternyata berkesan bagi mengurangkan kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri berdasarkan pengurangan dalam min skor pemboleh ubah tersebut. Hal ini ditunjukkan pada Jadual 5.15.

5.5.2 Kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap subskala pemboleh ubah bersandar.

Kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok juga dilihat terhadap subskala Kebimbangan Sosial Remaja (subskala SKSR) dan subskala perhatian fokus sendiri yang diukur dengan menggunakan Skala Kesedaran Kendiri (SKK). Berikut ialah hipotesis yang telah dibentuk.

Hipotesis 1.4:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kelompok kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi Ketakutan kepada Penilaian Negatif (*Fear of Negative Evaluation -TPN*).

Hipotesis 1.5:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Penghindaran Sosial kepada Distres Baharu (*Social Anxiety Distress-New SAD-New*).

Hipotesis 1.6:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Penghindaran Sosial kepada Distres Umum (*social anxiety Distress – General –SAD-Umum*).

Hipotesis 1.7:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi).

Hipotesis 1.8:

Tidak terdapat perbezaan kesan yang signifikan antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok berbanding dengan kumpulan kawalan dalam ukuran min ujian pra dan ujian pos bagi skor Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam).

Bagi pemboleh ubah bersandar keseimbangan sosial terdapat dua subskala, iaitu Kebimbangan Sosial-Takut Penilaian Negatif (SKSR-TPN), Penghindaran Sosial-Distres Baharu (*SAD-New*) dan Penghindaran Sosial-Distres Umum (*SAD- Umum*). Analisis statistik secara deskriptif menunjukkan min keseluruhan skor subskala pemboleh ubah

bersandar yang dikaji iaitu min skor subskala Kebimbangan Sosial Remaja-Takut Penilaian Negatif (TPN), min skor subskala Penghindaran Sosial-Distres Baharu (SAD-*New*) dan min skor subskala Penghindaran Sosial-Distres Umum (SKSR-Umum) didapati secara keseluruhan, kumpulan kawalan mempunyai min skor subskala pemboleh ubah bersandar SKSR yang tinggi berbanding kumpulan rawatan pada ujian pos. Jadual 5.16 menunjukkan analisis deskriptif min subskala pemboleh ubah bersandar Takut Penilaian Negatif (TPN) di mana min skor bagi kumpulan kawalan ialah 30.03 dengan sisihan piawai 3.90 berbanding dengan kumpulan rawatan iaitu nilai min ialah 17.83 dengan sisihan piawai 1.11. Bagi skor subskala Penghindaran Sosial-Distress Baharu (SAD-*New*) min skor kumpulan kawalan ialah 22.81 dengan sisihan piawai 3.05 berbanding dengan kumpulan rawatan pada nilai min ialah 13.17 dengan sisihan piawai 1.16. Bagi skor subskala Penghindaran Sosial-Distres Umum (SAD-Umum) pula min skor kumpulan kawalan ialah 11.25 dengan sisihan piawai 2.71 berbanding dengan kumpulan rawatan dengan min skor ialah 8.31 dan sisihan piawai .75. Berdasarkan Jadual 5.16 ternyata terdapat pengurangan min skor keseluruhan subskala pemboleh ubah bersandar yang dikaji bagi kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan pada ujian pos.

Jadual 5.16

Min dan Sisihan Piawai Subskala Pemboleh ubah Bersandar Pada Ujian pra dan Ujian pos (N=72).

Kumpulan	Subskala	min pra	SD	min pos	SD
Kawalan	TPN	30.22	3.48	30.03	3.90
	SAD-New	21.44	2.18	22.81	3.05
	SAD-Umum	11.31	2.27	11.25	.75
	SKK-Peribadi	33.36	3.42	32.42	2.93
	SKK-Awam	26.22	2.71	25.56	2.63
Rawatan	TPN	30.03	3.90	17.83	1.11
	SAD-New	22.81	3.05	13.17	1.16
	SAD-Umum	11.25	2.71	8.31	.75
	SKK-Peribadi	32.42	2.93	22.17	1.36
	SKK-Awam	25.56	2.63	25.06	4.96

Perhatian fokus sendiri pula terdiri daripada dua subskala iaitu Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) dan Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam). Jadual 5.16 menunjukkan perbezaan min skor antara kumpulan kawalan dengan kumpulan rawatan pada ujian pra dan ujian pos. Skor subskala Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) menunjukkan pengurangan dalam min skor pada ujian pos iaitu (min = 32.42 dengan sisihan piawai 2.93) bagi kumpulan kawalan berbanding dengan kumpulan rawatan dengan (min = 22.17 dan sisihan piawai 1.36). Ini menunjukkan kumpulan rawatan mempunyai min skor yang berkurangan dengan kadar yang lebih besar pada ujian pos. Begitu juga jika dilihat kepada min skor skala Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam) iaitu min skor kumpulan kawalan ialah (min = 25.56 dengan sisihan piawai 2.63

berbanding dengan kumpulan rawatan dengan min 25.06 dan sisihan piawai 4.96). Ini dapat dilihat sebagaimana yang ditunjukkan pada Jadual 5.16.

Hasil keputusan kajian berdasarkan analisis MANCOVA menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan antara min ujian pos kumpulan kawalan berbanding dengan min ujian pos kumpulan rawatan ke atas semua subskala pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial iaitu subskala Takut Penilaian Negatif (TPN) pada nilai [$F(1,67) = 299.14.39, p < .05$]; Penghindaran Sosial-Distres Baharu (SAD-*New*) pada nilai [$F(1,67) = 284.96, p < .05$] dan Penghindaran Sosial-Distress Umum (SAD-Umum) pada nilai [$F(1,67) = 35.42, p < .05$] seperti yang ditunjukkan pada Jadual 5.17.

Berdasarkan ujian *multivariate Pillai's Trace* juga menunjukkan bahawa ada kesan kumpulan ke atas kesemua subskala pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial iaitu TPN, SAD-*New* dan SAD-Umum yang signifikan dengan nilai [$F(3, 65) = 1.53, p < .05$]

Jika dilihat kepada saiz kesan PKTKK terhadap skor subskala pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial mengikut kumpulan, didapati saiz kesan yang besar terhadap perubahan skor berdasarkan nilai *partial eta square* iaitu bagi subskala Kebimbangan Sosial Remaja-Takut Penilaian Negatif (TPN) ialah .817, bagi subskala Penghindaran Sosial-Distres Baharu (SAD-*New*) .810 dan bagi subskala Penghindaran Sosial-Distres Umum (SAD-Umum) ialah .346. Ini dapat ditunjukkan pada Jadual 5.17.

Hasil keputusan kajian berdasarkan analisis MANCOVA juga menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan antara min ujian pos kumpulan kawalan berbanding dengan min ujian pos kumpulan rawatan bagi kesemua subskala pemboleh ubah bersandar perhatian fokus sendiri iaitu Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) pada

nilai [$F(1,68) = 361.65, p < .05$] dan Kesedaran Kendiri Awam (SKK-awam) pada nilai [$F(1,68) = 354.21, p < .05$]. Perbezaan ini ditunjukkan pada Jadual 5.18. Oleh itu hipotesis 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, dan 1.8 adalah tidak diterima.

Jadual 5.17

Analisis MANCOVA kesan PKTKK terhadap min subskala pemboleh ubah Bersandar SKSR mengikut kumpulan (N=27)

Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
<i>Corrected Model</i>	TPN pos	2703.107 ^a	4	675.777	82.390	.000	.831
	SAD-New pos	1674.131 ^b	4	418.533	75.614	.000	.819
	SAD-Umum pos	156.202 ^c	4	39.050	9.471	.000	.361
<i>Intercept</i>	TPN pos	310.643	1	310.643	37.873	.000	.361
	SAD-New pos	142.475	1	142.475	25.740	.000	.278
	SAD-Umum pos	51.840	1	51.840	12.573	.001	.158
TPN pos	TPN pos	3.467	1	3.467	.423	.518	.006
	SAD-New pos	.117	1	.117	.021	.885	.000
	SAD-Umum pos	.034	1	.034	.008	.928	.000
SAD-New pos	TPN pos	1.440	1	1.440	.176	.677	.003
	SAD-New pos	1.499	1	1.499	.271	.605	.004
	SAD-Umum pos	.022	1	.022	.005	.942	.000
SAD-Umum pos	TPN pos	20.521	1	20.521	2.502	.118	.036
	SAD-New pos	.125	1	.125	.023	.881	.000
	SAD-Umum pos	.122	1	.122	.030	.864	.000
Kumpulan	TPN pos	2453.670	1	2453.670	299.149	.000	.817
	SAD-New pos	1577.285	1	1577.285	284.958	.000	.810
	SAD-Umum pos	146.015	1	146.015	35.415	.000	.346
<i>Error</i>	TPN pos	549.546	67	8.202			
	SAD-New pos	370.855	67	5.535			
	SAD-Umum pos	276.243	67	4.123			
<i>Total</i>	TPN pos	44485.000	72				
	SAD-New pos	25337.000	72				
	SAD-Umum pos	7316.000	72				
<i>Corrected Total</i>	TPN pos	3252.653	71				
	SAD-New pos	2044.986	71				
	SAD-Umum pos	432.444	71				

$p < .05$

Jadual 5.18

Analisis MANCOVA kesan PKTKK terhadap min Subskala Pemboleh Ubah Bersandar SKK Mengikut Kumpulan (N=27)

Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
<i>Corrected Model</i>	SKK-Peribadi pos	1914.798 ^a	3	638.266	126.878	.000	.848
	SKK-Awam pos	1469.881 ^b	3	489.960	120.760	.000	.842
<i>Intercept</i>	SKK-Peribadi pos	305.263	1	305.263	60.682	.000	.472
	SKK-Awam pos	261.362	1	261.362	64.418	.000	.486
SKK-Peribadi pos	SKK-Peribadi pos	6.220	1	6.220	1.236	.270	.018
	SKK-Awam pos	11.044	1	11.044	2.722	.104	.038
SKK-Awam pos	SKK-Peribadi pos	23.651	1	23.651	4.702	.034	.065
	SKK-Awam pos	5.837	1	5.837	1.439	.235	.021
Kumpulan	SKK-Peribadi pos	1819.312	1	1819.312	361.653	.000	.842
	SKK-Awam pos	1437.120	1	1437.120	354.206	.000	.839
<i>Error</i>	SKK-Peribadi pos	342.077	68	5.031			
	SKK-Awam pos	275.897	68	4.057			
<i>Total</i>	SKK-Peribadi pos	55885.000	72				
	SKK-Awam pos	33666.000	72				
<i>Corrected Total</i>	SKK-Peribadi pos	2256.875	71				
	SKK-Awam pos	1745.778	71				

$p < .01$

a. R Squared = .848 (Adjusted R Squared = .842)

b. R Squared = .842 (Adjusted R Squared = .835)

Ujian *multivariate Pillai's Trace* juga menunjukkan bahawa ada kesan kumpulan ke atas kesemua subskala pemboleh ubah bersandar perhatian fokus sendiri iaitu Skala Kesedaran Kendiri-peribadi (SKK-Peribadi) dan Kesedaran Kendiri-Awam (SKK-Awam) yang signifikan dengan nilai [$F(2, 67) = 2.36, p < .05$]

Begitu juga jika dilihat kepada saiz kesan PKTKK terhadap subskala pemboleh ubah bersandar perhatian fokus sendiri mengikut kumpulan menunjukkan saiz kesan yang besar terhadap perubahan skor berdasarkan nilai *partial eta square* iaitu bagi Kesedaran Kendiri Peribadi (SKK-Peribadi) ialah .842, dan bagi Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam) ialah .839.

5.5.3 Kesan interaksi antara kumpulan rawatan dan jantina terhadap keseimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri

Hipotesis 5.1:

Tidak terdapat kesan interaksi antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok dan jantina terhadap skor keseimbangan sosial daripada ujian pra dan ujian pos.

Hipotesis 5.2:

Tidak terdapat kesan interaksi antara rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok dan jantina terhadap perhatian fokus sendiri daripada ujian pra dan ujian pos.

Terdapat dua pemboleh ubah tidak bersandar atau pemboleh ubah bebas dalam kajian ini iaitu rawatan (PKTKK) dan juga jantina yang mempengaruhi pemboleh ubah bersandar iaitu keseimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Dengan melihat kesan interaksi, dapat menentukan sama ada perubahan yang berlaku terhadap pemboleh ubah bebas adalah kesan rawatan PKTKK semata-mata atau turut dipengaruhi oleh faktor jantina.

Analisis ujian MANCOVA menunjukkan tiada kesan interaksi yang signifikan antara rawatan dan juga jantina ke atas semua pemboleh ubah bersandar bagi Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) dengan nilai [$F(1, 66) = 5.043, p > .05$] dan Perhatian Fokus Kendiri (SKK) dengan nilai [$F(1, 66) = .15, p > .05$]. Hal ini ditunjukkan dalam Jadual 5.24. Keputusan ujian *multivariate Pillai's Trace* juga menunjukkan bahawa tidak ada kesan interaksi yang signifikan antara kumpulan rawatan (PKTKK) dan jantina ke atas kedua-dua pemboleh ubah bersandar iaitu, dengan nilai [$F(2,65) = .08, p > .05$].

Jadual 5.19

Analisis MANCOVA Kesan Interaksi PKTKK dan Jantina Terhadap Pembolehubah Bersandar pada Ujian pos (N=27)

Sumber	Pembolehubah Bersandar	<i>Sum of Squares</i>	df	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	Sig.	<i>Partial Eta Squared</i>
<i>Corrected Model</i>	SKSR pos	9902.344 ^a	5	1980.469	109.659	.000	.893
	SKK pos	9501.688 ^b	5	1900.338	83.684	.000	.864
<i>Intercept</i>	SKSR pos	1179.361	1	1179.361	65.302	.000	.497
	SKK pos	836.196	1	836.196	36.823	.000	.358
SKSRpos	SKSR pos	6.201	1	6.201	.343	.560	.005
	SKK pos	30.658	1	30.658	1.350	.249	.020
SKKpos	SKSR pos	22.580	1	22.580	1.250	.268	.019
	SKK pos	2.230	1	2.230	.098	.755	.001
Kumpulan	SKSR pos	9490.168	1	9490.168	525.473	.000	.888
	SKK pos	9293.613	1	9293.613	409.258	.000	.861
jantina	SKSR pos	97.771	1	97.771	5.414	.023	.076
	SKK pos	.781	1	.781	.034	.853	.001
Kumpulan	SKSR pos	91.048	1	91.048	5.041	.068	.071
* jantina	SKK pos	3.332	1	3.332	.147	.703	.002
<i>Error</i>	SKSR pos	1191.976	66	18.060			
	SKK pos	1498.756	66	22.708			
<i>Total</i>	SKSR pos	295981.000	72				
	SKKpos	299294.000	72				
<i>Corrected Total</i>	SKSRpos	11094.319	71				
	SKKpos	11000.444	71				

a. $R^2 = .893$ (Adjusted $R^2 = .884$)

b. $R^2 = .864$ (Adjusted $R^2 = .853$)

$p < .01$

5.5.4 Apakah situasi sosial yang menyebabkan kebimbangan remaja?

Hasil dapatan menunjukkan antara beberapa situasi sosial yang paling kerap mendatangkan kebimbangan kepada remaja termasuklah apabila seseorang memerhatikan mereka melakukan sesuatu (72.2% atau 26 orang mengalaminya), bercakap/berucap di depan kelompok besar (67.6% atau 25 orang mengalaminya), bertentang mata dengan orang yang tidak dikenali (62.2% atau 23 orang mengalaminya), menjadi tumpuan orang ramai (59.5% atau 22 orang mengalaminya) dan bercakap/berucap di depan kelompok kecil (54.1% atau 20 mengalaminya). Bagi situasi sosial yang kurang mendatangkan kebimbangan pula termasuklah menelefon seseorang yang dikenali, bertanyakan maklumat daripada seseorang, menghadiri sesuatu majlis di mana (29.7% atau 11 orang mengalaminya), mengajak rakan ke rumah dan mengajak ahli keluarga ke rumah (25% atau 9 orang mengalaminya). Ini ditunjukkan dalam Jadual 5.20.

Berdasarkan dapatan tersebut dapat dirumuskan bahawa situasi yang paling mendatangkan kebimbangan ialah situasi yang mempunyai unsur penilaian (dinilai oleh orang lain). Ini termasuklah berucap di hadapan orang lain, berjumpa dengan orang yang tidak dikenali dan berada dalam situasi yang mengundang tumpuan orang lain.

Jadual 5.20

Kekerapan Situasi yang Mendatangkan Kebimbangan Sosial

Perkara	kekerapan	peratus
Apabila seseorang memerhatikan saya melakukan sesuatu	26	72.2
Bercakap/berucap di depan kelompok besar	25	67.6
Bertentang mata dengan orang yang tidak dikenali	23	62.2
Menjadi tumpuan orang ramai	22	59.5
Bercakap/berucap di depan kelompok kecil	20	54.1
Menelefon seseorang yang tidak saya kenali	19	51.4
Menghadiri sesuatu perjumpaan sosial umum	18	48.6
Bertanyakan soalan di dalam kelas @ semasa mesyuarat	16	44.4
Bercakap dengan orang yang lebih berkuasa (contoh: guru, pengetua)	15	40.5
Makan di khalayak umum	14	37.8
Bercakap dengan orang yang anda minat	14	37.8
Menyatakan anda tidak bersetuju dengan seseorang	14	37.8
Menulis di depan orang lain	13	36.1
Menelefon seseorang yang saya kenali	11	29.7
Bertanyakan maklumat daripada seseorang	11	29.7
Menghadiri sesuatu majlis	11	29.7
Mengajak rakan ke rumah	9	25
Mengajak ahli keluarga ke rumah	9	25

5.5.5 Apakah simptom kebimbangan yang dialami remaja?

Dapatan kajian menunjukkan simptom kebimbangan sosial yang kerap dialami remaja ialah jantung terasa berdenyut pantas (91.7% atau 33 orang mengalaminya), sukar untuk memberikan perhatian (80.6% atau 29 orang mengalaminya), badan terasa sejuk dan fikiran terasa kosong (77.8% atau 28 orang mengalaminya). Simptom kebimbangan sosial yang kurang kerap dialami remaja seperti mulut terasa kering (22.2% atau 8 orang mengalaminya), pening dan tidak stabil (19.4% atau 7 orang mengalaminya) dan perut terasa sakit (16.7% atau 6 orang mengalaminya). Ini ditunjukkan dalam Jadual 5.21.

Dapatan kajian juga menunjukkan selepas diberikan rawatan simptom-simptom kebimbangan sosial telah menunjukkan pengurangan berbanding daripada sebelum rawatan. Seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 5.21 simptom seperti sukar untuk bernafas, mulut terasa kering, pening dan tidak stabil, perut terasa sakit dan terasa sukar untuk bernafas sudah tidak ada lagi. Simptom-simptom lain juga menunjukkan pengurangan daripada sebelum rawatan berbanding dengan selepas rawatan seperti jantung terasa berdenyut pantas berkurangan kepada 52.8 peratus atau 19 orang mengalaminya, badan terasa kaku berkurangan kepada 2.8 peratus atau 1 orang mengalaminya, badan terasa sejuk berkurangan kepada 11.1 peratus atau 4 orang mengalaminya, otot terasa tegang berkurangan kepada 2.8 peratus atau seorang mengalaminya, dan sukar memberikan perhatian berkurangan kepada 50 peratus atau 18 orang mengalaminya.

Jadual 5.21

Kekerapan Simptom Kebimbangan Sosial Pada Prarawatan dan Posrawatan

Perkara	Prarawatan		Posrawatan	
	kekerapan	peratus	kekerapan	peratus
Terasa jantung berdenyut pantas	33	91.7	19	52.8
Sukar untuk memberikan perhatian	29	80.6	18	50.0
Badan terasa sangat sejuk	28	77.8	4	11.1
Fikiran terasa kosong	28	77.8	18	50.0
Tangan terasa menggeletar	27	75.0	12	33.3
Tangan terasa berpeluh	26	72.2	12	33.3
Badan terasa kaku	26	72.2	1	2.8
Rasa ingin ke tandas	23	63.9	6	16.7
Otot terasa tegang	15	41.7	1	2.8
Terasa sukar untuk menelan	13	36.1	0	0
Muka menjadi merah	13	36.1	4	11.1
Sukar untuk bernafas	11	30.6	0	0
Dada terasa sakit	10	27.8	3	8.3
Mulut terasa kering	8	22.2	0	0
Pening dan tidak stabil	7	19.4	0	0
Perut terasa sakit	6	16.7	0	0

5.6 Rumusan Analisis Deskriptif Perubahan Ujian pra dan Ujian pos

Berdasarkan analisis deskriptif jelas menunjukkan PKTKK berkesan bagi mengurangkan kebimbangan sosial remaja dan perhatian fokus sendiri dalam kalangan subjek keseluruhan lelaki dan perempuan. Keputusan ini telah ditunjukkan dengan melihat kepada pengurangan dalam skor min ujian pra kepada skor min ujian pos semua pemboleh ubah bersandar SKSR dan SKK.

5.7 Rumusan Keputusan Analisis Kuantitatif

Berdasarkan analisis MANCOVA, keputusan kajian menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan antara skor min ujian pra dengan ujian pos terhadap semua pemboleh ubah bersandar utama kajian, iaitu kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Keputusan kajian ini membuktikan PKTKK didapati berkesan bagi mengurangkan kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri dalam kalangan subjek kajian keseluruhan dan dalam kalangan subjek lelaki dan perempuan. Ujian *Pillai's Trace* juga menunjukkan saiz kesan bagi semua pemboleh ubah bersandar iaitu kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri ialah antara sederhana dengan besar.

Dapatan kajian juga menunjukkan tidak terdapat kesan interaksi antara kumpulan rawatan dan jantina terhadap min skor semua pemboleh ubah bersandar utama kajian. Analisis MANOVA yang tidak signifikan membuktikan bahawa faktor gender atau jantina tidak mempengaruhi kesan PKTKK terhadap min skor pemboleh ubah bersandar

yang dikaji. Ini menunjukkan perubahan atau pengurangan min skor pemboleh ubah bersandar disebabkan oleh kesan rawatan dengan menggunakan PKTKK semata-mata.

5.8 Keputusan Analisis Temu Bual

Analisis kualitatif ini diperoleh berdasarkan temu bual pra dan pos terhadap subjek kajian yang dipilih. Temu bual dilaksanakan sebelum rawatan (temu bual pra) dijalankan dan juga selepas rawatan (temu bual pos). Analisis kualitatif ini secara umum bertujuan untuk melihat kefahaman klien tentang kebimbangan sosial, perasaan yang dialami oleh klien, perkara yang menyebabkan klien berasa bimbang, sebab klien berasa bimbang serta kesan terhadap klien selepas menjalani rawatan yang menggunakan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK).

Analisis secara kualitatif dalam kajian ini menggunakan kajian kes pelbagai dan bentuk kajian kes penerokaan. Kaedah ini pernah digunakan oleh Mohd Nasir (2006) untuk melihat kesan kaunseling kelompok ke atas penyesuaian remaja berisiko. Pemilihan subjek untuk kajian kes berdasarkan persampelan bertujuan dengan menggunakan sejumlah dua orang subjek iaitu satu subjek lelaki dan satu subjek perempuan yang telah dipilih daripada kumpulan rawatan. Data kualitatif hanya dikumpul melalui teknik temu bual dan dianalisis dengan kaedah Rangka-Penerangan (*Explanation-Building*, Yin (1994) dalam Mohd Nasir (2006).

5.8.1 Latar Belakang subjek kajian

Kajian ini merupakan kajian kuantitatif. Namun, pengkaji menggunakan kaedah kualitatif sebagai mengukuhkan dapatan secara kuantitatif. Oleh itu dalam kajian ini hanya dua orang subjek kajian dipilih. Pemilihan dua subjek ini mewakili subjek lelaki dan subjek perempuan daripada kumpulan rawatan. Subjek terlibat secara sukarela dan sanggup memberikan kerjasama untuk menjayakan kajian ini.

Peserta kajian yang pertama dikenali sebagai Norlaili (bukan nama sebenar). Beliau merupakan anak ketiga daripada tujuh adik-beradik. Beliau sangat takut akan bapanya kerana sering dipukul. Pengalaman ini juga menyebabkan beliau takut untuk membina perhubungan dengan orang lain terutama orang yang lebih berkuasa termasuklah guru sekolah.

Peserta kedua dikenali sebagai Hamdan (bukan nama sebenar). Beliau merupakan anak kelima dan mempunyai lapan orang adik-beradik. Ayahnya telah meninggal dunia semasa beliau di tingkatan empat. Hamdan tinggal bersama ibu iaitu seorang penjual kuih di pasar serta dua orang kakak, dua orang abang dan tiga orang adik lelaki.

5.8.2 Simptom yang Dialami Subjek

Kajian ini mempunyai beberapa objektif dan di antaranya adalah untuk melihat simptom kebimbangan sosial yang dialami terutama apabila seseorang itu berada dalam sesuatu situasi sosial. Berdasarkan kepada temu bual yang dijalankan, antara simptom yang dialami subjek kajian termasuklah tangan menjadi sejuk, rasa berdebar-debar, muka

terasa panas dan terasa seperti ada sesuatu yang menghalang daripada bercakap dan menjadi kaku.

“masa tu tangan saya jadi sejuk, rasa berdebor (berdebar) dan muka rasa panas rasa macam dok (tidak) leh (boleh) nok (nak) bagi idea. Kaku....”

“..... macam susah nok (nak) keluarkan. Macam ada bende (benda) yang menghalang”

(PK2 pra: baris 34 dan 35)

5.8.3 Situasi yang cuba dielak subjek

Selain melihat simptom yang dialami subjek kajian, kajian ini juga bertujuan mengenal pasti situasi sosial yang cuba dielak oleh seseorang itu. Daripada analisis temubual didapati antara situasi sosial yang dielak termasuklah subjek takut untuk berjumpa dan bercakap dengan guru atau orang yang lebih berkuasa. Selain itu, subjek juga takut untuk bercakap di hadapan orang lain seperti membuat pembentangan di dalam kelas. Ini dapat dibuktikan daripada tindak balas lisan seperti yang berikut:

“...saya tak tahu apa yang saya fikirkan. Tapi saya memang penakut.... Saya dok (tidak) berani macam orang lain....Kadang-kadang saya nok (nak) jumpa cikgu pun saya rasa bimbang dan takut.”

“Dok (tidak pernah)..biasanya kawan saya yang bentang di depan ...saya biasa buat kerja-kerja macam menulis ..cari bahan.. dan kerja-kerja lain”

“ada gok (juga) rasa tapi takut... malu..”

(PK1 pra: baris 46, 62 dan 64)

“ Kalau dekat sekolah biasanya saya takut kalau cikgu suruh saya duduk dekat depan. Saya takut dan cemas nok (nak) bercakap di depan. Sebelum ini dok (tidak) ketara

sangat... tapi tahun ni saya rasa tertekan sangat sebab tahun ni cikgu banyak (banyak) suruh bentang dan bercakap di depan.....”

(PK2 pra: baris 24)

5.8.4 Kesilapan Dalam Berfikir atau Pemikiran yang Tidak Adaptif

Berdasarkan tindakan balas lisan subjek 1 dan 2 terdapat beberapa kesilapan ketika berfikir atau pemikiran yang tidak adaptif yang telah dikenal pasti. Daripada analisis tindak balas subjek didapati subjek berasa takut dan bimbang sekiranya tidak dapat menjawab soalan yang diberikan oleh guru dan berasa malu sekiranya jawapan diberikan salah dan keadaan ini akan menyebabkan subjek berasa malu. Bagi subjek, melakukan kesalahan adalah sesuatu yang tidak diterima, tambahan lagi sekiranya subjek dileteri oleh guru. Dimarahi oleh guru ialah sesuatu yang memalukan. Subjek juga merasakan seolah-olah rakan-rakan melihatnya sebagai seorang yang bodoh. Keadaan ini semakin menguatkan pandangan subjek bahawa dia seorang yang tidak pandai atau bodoh. Ini dapat ditunjukkan berdasarkan tindak balas lisan berikut:

“...saya takut dan bimbang kalau cikgu tanya saya dok boleh jawab..kadang-kadang saya rasa malu sebab takut saya jawab salah”

“...tapi kadang-kadang cikgu berleter dan kawan-kawan macam pandang kita ni bodoh”..

(PK1 pra: baris 24 dan 26)

“Saya takut kena marah..saya rasa malu kalau kena marah..lagipun saya bukannya pandai sangat”

(PK1 pra: baris 48)

Subjek juga sering membuat perbandingan antara dirinya dengan rakan-rakan sekelas. Subjek merasakan rakan-rakannya jauh lebih pandai dan lebih cantik daripadanya. Anggapan ini memberikan kesan kepada penghargaan kendirinya. Selain itu, subjek juga berasa risau sekiranya beliau membina hubungan dan berinteraksi dengan rakan sekelas menyebabkan orang lain tahu tentang keluarganya terutama tentang kedua-dua ibu bapanya yang sering bergaduh. Ini dapat ditunjukkan berdasarkan tindak balas lisan berikut:

“Macam-macam saya rasa..saya rasa saya dok pandai macam kawan-kawan lain..saya pulok dok lawo macam kawan-kawan yang lain..saya se lagi bimbang kalau kawan-kawan tahu yang mok ayah saya selalu bergaduh..saya sokmo kena maroh..Mungkin sebab saya ada banyak masalah keluarga kot...”

(PK1 pra: baris 80)

“Saya rasa takut..cemas..bimbang ada gok..lepas tu saya malu kalau orang tengok saya cakap dan saya rasa takut sangat-sangat”

(PK2 pra: baris 24)

“Kawan-kawan saya dalam kelas semuanya pandai-pandai, saya kurang sikit menghafal ni...Saya pulok dok pandai nok bercakap.

(PK2 pra: baris 59)

“Memang automatik saya rasa takut. Saya rasa semua orang tengok saya. Saya pulok dok pandai nok bercakap macam orang lain. Saya tak dok idea nok bercakap. Nok kata saya fikir sangat dok jugok..sebab saya dok leh nok fikir apa-apa doh masa tu”.

(PK2 pra: baris 30)

5.8.5 Kesan Kebimbangan Sosial

Antara kesan kebimbangan sosial yang dialami subjek yang dapat dikenal pasti melalui analisis tindak balas lisan ialah tidak dapat tidur malam. Selain itu, subjek kajian juga mengalami masalah untuk mendapat kawan disebabkan subjek kurang bercakap dan kurang mengambil tahu tentang kawan-kawannya. Kebimbangan sosial juga banyak mengganggu aspek kehidupan subjek iaitu banyak perkara tidak dilakukan dengan baik. Subjek juga sering menolak sekiranya diminta membuat pembentangan di hadapan kelas, malah subjek juga takut untuk bertanya sesuatu kepada guru meskipun perkara tersebut tidak difahaminya. Ini dapat ditunjukkan berdasarkan tindak balas lisan yang berikut:

“Mmmm..biasanya camtulah..saya dok jenere tido kalau saya susah hati atau takut ke...susah hati ke.

(PK1 pra: baris 18)

“Ya kot...sebab saya dok suka sangat bercakap...saya dok ramai kawan..saya biasanya dok (tidak) ambil tahu hal kawan-kawan”.

(PK2 pra: baris 72)

“Memangla mengganggu..banyak bende (benda) saya tak dapat buat dengan baik. Saya selalu menolak kalau cikgu minta saya bentang di depan. Kadang-kadang saya nok (nak). Tanya cikgu bende yang saya dok (tidak) faham pun saya malu nok tanya. Lepas tu saya dok tanyalah..bila saya dok tanya saya dok faham bende hok cikgu ajar dalam kelas”.

(PK2 pra: baris 45)

5.8.6 Kesan Rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok

Hasil daripada analisis temu bual subjek kajian 1 didapati rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok dapat membantu beliau. Selepas mengikuti sesi subjek berasa lebih seronok, fikiran terasa lapang, dan sudah dapat belajar membina hubungan dengan rakan sebaya. Selain itu subjek juga sudah mula memahami bahawa kebimbangan tidak sepatutnya ada dalam dirinya kerana keadaan ini boleh menghalang seseorang daripada berdikari dan melakukan sesuatu perkara yang baik. Subjek juga merasakan kebimbangan menyebabkan seseorang itu tidak dapat menonjolkan bakat sebenar dirinya. Keadaan ini juga mengikut subjek lama-kelamaan menyebabkan seseorang itu menjadi pasif dan murung. Subjek juga turut berkongsi bahawa sejak menjalani sesi kaunseling beliau banyak membuat perubahan dan mengharapkan keadaan ini akan berkekalan. Bagi subjek, PKTKK ini amat bermanfaat. Ini dapat ditunjukkan berdasarkan tindak balas lisan yang berikut:

“Mmmmm...saya rasa seronok, fikiran saya rasa lapang dan saya mula mendapat ramai kawan dan saya rasa gembira sangat-sangat...rasa sedih pun ada juga sebab sesi ni dah habis...

(PK1 pos baris 7)

“Bagi saya kebimbangan sosial ni satu benda yang tak sepatutnya ada dalam diri kita, sebab ia tak bagus dan menghalang untuk kita menjadi individu yang lebih berdikari dan mampu melakukan sesuatu perkara dengan baik. Kebimbangan sosial ni menyebabkan kita tak dapat menonjolkan bakat sebenar yang ada dalam diri kita dan lama- kelamaan ia boleh menyebabkan kita menjadi seorang yang pasif dan murung”.

(PK1 pos baris10)

“Mmmm...kebimbangan sosial ni macam kita terlalu banyak fikir benda-benda yang negatif...kita mengada-adakan benda yang bukan-bukan yang sebenarnya tidak wujud...kita je yang fikir begitu tapi sebenarnya orang tak fikir pun macam yang kita sangka...”

(PK1 pos baris 12)

“Saya pun rasa banyak doh saya berubah...saya harap saya boleh kekal macam apa yang saya rasa sekarang...”

(PK1 pos baris 16)

“Sesi ni memang banyak memberi manfaat pada diri saya. Saya rasa diri saya berbeza daripada sebelum saya menjalani sesi kaunseling ini.”

(PK1 pos baris 18)

Selepas mengikut sesi PKTKK subjek 1 telah mula berani bercakap malah selepas menjalani sesi subjeklah orang yang paling suka ke hadapan. Subjek telah mula menyedari bahawa dia dan rakan-rakan sama sahaja dan dia tidak sepatutnya berasa malu. Dia juga telah mula sedar bahawa setiap individu mempunyai keistimewaan masing-masing. Apa yang penting bagi dirinya sekarang ialah dia perlu mengubah pemikiran yang negatif terutama tentang pandangan orang lain terhadap dirinya. Setiap orang mempunyai kelemahan dan kelebihan masing-masing. Daripada sesi PKTKK, mengikut subjek dia telah mula menyedari betapa banyak pemikiran negatif yang menyebabkan kebimbangan dan memberi kesan kepada perasaan dan tingkah lakunya. Bagaimanapun, setelah membuat latihan dalam sesi PKTKK, subjek mula mendapat kesedaran dan keyakinan diri lebih-lebih lagi apabila mendapat sokongan daripada rakan-rakan yang lain. Senario ini ditunjukkan berdasarkan tindak balas lisan berikut.

“.....Saya doh tidak macam dulu..saya jadi lebih berani bercakap di depan ... kalau dulu saya malu untuk ke depan ... sekarang saya rasa sayalah orang yang paling suka ke depan...bagi saya tidak ada apa yang perlu kita takutkan...macam cikgu kata dalam sesi hari tu ...tak ada apa yang perlu kita malukan ...kita semua sama sahaja, Allah telah menciptakan setiap manusia itu mempunyai keistimewaan masing-masing, kita bukan buat silap ...buat apa kita nak takut dan malu...kita terlalu banyak fikir negatif mengenai tanggapan orang terhadap kita...sedangkan orang lain pun macam kita juga..kita kena ubah pemikiran kita untuk mendapatkan keyakinan diri kita ...biar apa pun yang orang fikir itu semua dok penting ... yang penting apa yang kita fikirkan tentang diri kita...kalau kita fikir kita hebat ... kita jelmakan kehebatan itu dengan perbuatan keluar ke depan ... bercakap dengan penuh ketenangan ... jangan fikir benda yang negatif dan jangan fikir apa yang orang fikir pasal diri kita ... terima diri kita walaupun kita ada kelemahan....kita akan betul-betul menjadi orang yang hebat...saya ingat apa yang cikgu nyatakan hari tu...kita adalah apa yang kita fikirkan...”

(PK1 pos baris 20)

“Mmmm...saya cuba cikgu...apa yang saya ingat... dalam satu sesi tu saya diminta untuk membuat senarai pemikiran-pemikiran yang negatif...dan dalam sesi ni saya mula sedar betapa banyaknya kesilapan yang telah saya buat dalam berfikir...pemikiran-pemikiran negatif tersebut telah membuatkan saya rasa takut...bimbang dan malu...saya pun sedar bahawa pemikiran saya telah menyebabkan memberi kesan kepada perasaan dan tingkah laku saya. Saya rasa saya dapat tahu dan menukarkan daripada pemikiran yang tidak rasional kepada lebih rasional.”

(PK1 pos baris 24)

“Macam dalam sesi ni saya banyak buat latihan...bila saya buat latihan-latihan tu...saya mula mendapat kesedaran dan saya mula mendapat keyakinan...mula-mula saya masih malu untuk ke depan tapi apabila 2 dan 3 kali saya keluar ke depan dan masa tu cikgu minta kawan-kawan bagi respon, baru saya sedar bahawa tak ada apa-apa pun yang tak kena pada diri saya bila saya ada di depan...mereka pun macam saya juga rupanya ... lepas tu saya mula rasa seronok...saya rasa dihargai...diberi perhatian oleh orang

lain...dan saya sedar kawan-kawan saya yang lain sebenarnya pun mula-mula takut juga bukan saya sorang je...tapi bila kita semua sedar mengenai masalah tu ...semua orang sekarang macam memberi sokongan antara satu sama lain.”

(PK1 pos baris 26)

“Saya rasa hubungan saya dengan kawan-kawan lebih rapat berbanding dulu...saya rasa semua orang dah terima saya...saya rasa bersemangat sekarang ni... saya tak fikir lagi mengenai masalah keluarga saya...saya ingat cikgu nyatakan dalam sesi hari tu...walau apa pun masalah yang berkait dengan kehidupan kita...ia bukan satu alasan untuk kita menjadi orang yang bodoh menghancurkan diri sendiri kerana orang lain...kita jatuh kerana kejahatan orang lain..kita sama macam orang tersebut...sedangkan kita mempunyai kuasa dalam diri kita untuk menggerakkan diri kita sendiri meninggalkan mereka-mereka yang tidak membina untuk terus berjuang bagi mendapatkan keredaan dunia dan akhirat...jangan kerana masalah sekeliling kita...kita ditempatkan ke tempat yang hina...dan diri kita binasa...kita berhak mendapatkan kebahagiaan dengan usaha kita dan keredaan yang kita pinta pada Allah Taala...bukan mereka yang menentukan segalanya...tapi Allah yang menentukan segalanya”

(PK1 pos baris 28)

“Pemikiran saya...saya banyak ubah pemikiran-pemikiran saya yang tidak rasional dan negatif kepada pemikiran yang lebih rasional dan positif...perasaan saya...saya buang perasaan malu dan takut dalam diri saya ... macam cikgu beritahu hari tu...kita bukan buat salah... kenapa kita nak malu dan takut...biasanya orang yang buat salah je yang takut... macam perbuatan saya sekarang...saya mula amalkan latihan-latihan yang cikgu beri..saya lihat dan bercakap di hadapan cermin ... saya senaraikan apa yang perlu saya buat...saya latih diri saya untuk selalu bertanya dan keluar ke depan ... saya latih untuk berjumpa dengan cikgu ... saya cuba terima segala masalah terutama masalah keluarga yang saya hadapi... saya bernekad untuk Berjaya ... bagi saya hanya dengan kejayaan saya dapat mengubah nasib saya.”

(PK1 pos baris 35)

Apa yang lebih menyeronokkan subjek ialah dia telah mula memperoleh banyak rakan hasil daripada perubahan sikap, pemikiran, dan tingkah lakunya. Subjek juga telah dapat menerima segala masalah keluarga seadanya.

Kesan daripada PKTKK juga dapat dilihat daripada analisis tingkah laku lisan subjek 2. Subjek beranggapan bahawa kebimbangan sosial menyebabkan seseorang berasa bimbang dan cemas serta memberikan kesan kepada tingkah laku seseorang. Kebimbangan sosial menyebabkan seseorang tidak boleh berkembang dengan baik dan tidak mampu untuk menunjukkan bakat sebenar disebabkan seseorang itu sering membuat perbandingan tentang kebolehannya dengan orang lain. Oleh itu bagi subjek 2 banyak manfaat yang beliau peroleh daripada sesi PKTKK. Sejak mengikuti sesi PKTKK beliau menjadi lebih berani serta yakin akan diri sendiri terutama apabila bercakap di hadapan kelas. Rasa malu dan bimbang mula dapat dibendung oleh subjek apabila memikirkan yang orang lain pun sama seperti dirinya, malah subjek juga mula menyedari bahawa apa yang berlaku dalam dirinya berpunca daripada fikiran negatif yang sentiasa ada dalam diri dan fikiran tersebut sebenarnya hanyalah ada dalam dirinya sedangkan orang lain tidak memikirkan begitu. Beliau juga menyedari bahawa setiap orang sebenarnya mempunyai banyak kelebihan dan subjek juga yakin dia mempunyai potensi untuk berjaya sekiranya dia dapat mengubah cara berfikir dan berusaha untuk mendapat kejayaan dalam hidupnya. Ini dapat dilihat daripada analisis tingkah laku lisan yang berikut:

“Apa yang saya faham kebimbangan sosial adalah masalah ketakutan dan gangguan emosi yang menyebabkan kita rasa cemas, bimbang dan menyebabkan keyakinan diri kita menurun dan memberi kesan kepada tingkah laku kita. Kebimbangan sosial juga merupakan satu masalah yang menyebabkan kita tidak boleh berkembang dengan baik

dan tidak mampu menunjukkan bakat sebenar yang terpendam dalam diri kita. Ia adalah disebabkan kerana kita merasakan bahawa diri kita tidak bagus berbanding orang lain”.

(PK2 pos baris 10)

“Banyak manfaat yang saya dapat setelah saya masuk sesi ini...saya menjadi lebih berani dan yakin pada diri sendiri...banyak kesedaran yang saya dapat..”

(PK2 pos baris 18)

“Saya jadi berani untuk bercakap di depan ... saya tak kisah kalau saya buat silap ke... apa ke... saya ubah cara pemikiran saya...saya tidak lagi fikir yang kawan-kawan akan mentertawakan saya”.

(PK2 pos baris 20)

“Saya menjadi yakin pada diri saya bila saya sedar yang semua orang macam saya juga...tidak ada apa yang perlu saya takutkan...saya hanya perlu takut pada Allah dan kalau saya buat salah...saya selalu amalkan kata-kata yang cikgu beri hari tu...saya buat apa yang cikgu suruh dan saya ulang-ulang beberapa kali sebelum saya ke sekolah dan apabila perasaan takut datang dalam diri saya...saya buat latihan dan beritahu pada diri saya...tidak ada apa yang perlu ditakutkan...selagi kita buat benda yang baik...Allah akan tetap ada bersama kita...daripada situ saya mendapat keyakinan dalam diri saya ...”

(PK2 pos baris 22)

“Saya mula sedar yang apa yang berlaku dalam diri saya adalah kerana fikiran negatif yang sentiasa ada dalam diri saya ... banyak yang saya fikir tu sebenarnya hanyalah apa yang saya fikirkan sedangkan orang lain tidak memikirkan begitu pun...saya sedar yang saya sebenarnya mempunyai banyak kelebihan macam orang lain juga ... saya ada potensi untuk berjaya kalau saya ubah cara fikir dan berusaha untuk mendapat kejayaan dalam hidup saya”.

(PK2 pos baris 24)

Analisis tingkah laku lisan subjek 2 juga mendapati antara aktiviti PKTKK yang banyak membantu termasuklah latihan kerja rumah, menyemak pemikiran automatik dan berkongsi dengan ahli dalam kelompok. Subjek juga berpendapat bahawa beliau banyak mendapat manfaat daripada penjelasan kaunselor tentang cara pemikiran dan perasaan mempengaruhi tingkah laku seseorang. Tambahan lagi, mengikut subjek, dia juga turut belajar bahawa kesilapan berfikir secara negatif berupaya menghalang seseorang itu menonjolkan sifat dirinya yang asli dan berkomunikasi dengan baik. Teknik lain yang dianggap subjek dapat membantu beliau ialah *exposure* (pendedahan). Mengikut subjek apabila diberi peluang untuk bercakap di hadapan khalayak ramai dan berbual dengan rakan yang tidak biasa diajak bercakap beliau mendapati perasaan malu dan takut lama-kelamaan akan hilang. Latihan relaks juga membantu semasa subjek dalam keadaan tertekan. Hal ini dibuktikan berdasarkan analisis tingkah laku lisan berikut:

“....Bagi saya teknik yang cikgu suruh saya buat latihan di rumah, senaraikan semula pemikiran-pemikiran automatik yang ada dalam diri saya, cikgu suruh saya ke depan dan kongsi dengan ahli-ahli yang lain. Saya ingat lepas tu cikgu bawa situasi dan menceritakan kesan cara pemikiran itu kepada perasaan dan tingkah laku saya. Banyak yang saya dapat pelajari mengenai kesilapan kita berfikir secara negatif yang menyebabkan kita tidak dapat menjadi seorang yang semula jadi dan mampu berkomunikasi dengan baik”.

(PK2 pos baris 26)

“Teknik lain contohnya apabila saya didedahkan untuk bercakap di depan, berbual dengan kawan yang saya tidak biasa bercakap dan terlibat secara aktif dalam sesi juga saya rasa okay. Saya jadi seronok dan berani. Macam teknik relaks tu saya rasa tenang sangat bila cikgu minta buat latihan relaks sambil cikgu cerita mengenai kisah rama-rama...saya dapat ketenangan ... saya amalkan latihan relaks ni bila saya rasa tertekan ... memang ada kesannya...saya rasa lebih tenang dan yakin pada diri saya sendiri...masa

cikgu suruh saya istighfar dan berzikir masa buat latihan relaks...rasakan ketakutan saya dan kegelisahan dan kebimbangan tu pun saya suka..”

(PK2 pos baris 28)

Antara kesan PKTKK kepada subjek 2 ialah beliau dapat membaiki hubungannya dengan rakan-rakan, malah rakan-rakan turut memberikan sokongan kepada beliau. Subjek juga telah dapat mengubah cara berfikir dengan berfikir secara lebih positif. Dengan berfikir positif subjek berasa lebih tenang dan lebih berserah kepada Yang Maha Kuasa. Ini dapat ditunjukkan dengan lebih jelas berdasarkan analisis tingkah laku lisan di bawah:

“Saya rasa saya makin rapat dengan kawan-kawan saya ... mereka pun saya lihat banyak bagi sokongan pada saya ... lepas jalani sesi ni saya mula sedar bahawa kawan-kawan saya sebenarnya banyak membantu saya ... mereka pun perlukan sokongan ... mereka akan berikan sokongan kepada kita kalau kita beri sokongan pada mereka ... saya mula belajar menghargai mereka ... sebab saya ingat cikgu beritahu hari tu ... kalau kita nok dihargai kita pun mesti menghargai orang lain ...tapi kalau kita doh menghargai orang lain dan orang tetap tidak menghargai kita dok apa ... kita jangan putus asa teruskanlah menghargai orang lain ... kerana benda tu satu perkara yang baik...sebab yang penting Allah menghargai kita ... penghargaan daripada manusia tidak penting kerana mengharap penghargaan daripada mereka adalah sesuatu yang tidak pasti...tapi kalau kita buat betul-betul apa yang Allah suruh...Allah tak mungkir janji ...Dia akan menghargai kita...”

(PK2 pos baris 32)

“Mmm aspek pemikiran...saya ubah cara saya berfikir... saya kini berfikir secara positif dan saya buang semua pemikiran negatif yang selalu menjadi amalan saya sebelum ini.

Bila saya berfikir secara positif hati saya tenang dan saya tidak lagi susah hati. Bila ada masalah saya cuba fikir positif dan berserah kepada Allah”.

(PK2 pos baris 34)

5.9 Rumusan Keputusan Analisis Kualitatif

Berdasarkan analisis data kualitatif yang telah dibincangkan, PKTKK didapati berkesan untuk membantu subjek kajian menghadapi kebimbangan sosial. Kebimbangan sosial akibat takut kepada penilaian negatif orang lain dapat dikurangkan dengan membetulkan kesilapan dalam berfikir. PKTKK yang menggunakan teknik psikopendidikan dapat memberikan maklumat kepada subjek kajian tentang cara kebimbangan sosial memberikan kesan kepada seseorang itu ternyata membantu subjek mengubah cara mereka berfikir. Begitu dengan teknik penstukturan semula kognitif dan juga pendedahan (*exposure*) serta latihan relaksasi.

5.10 Rumusan

Secara keseluruhan dapat dirumuskan bahawa hasil kajian ini telah dapat membuktikan bahawa penggunaan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseliing Kelompok (PKTKK) telah dapat membantu mengurangkan kebimbangan sosial remaja dan perhatian fokus sendiri. Kesan PKTKK telah dapat dibuktikan melalui analisis laporan sendiri subjek kajian melalui penggunaan instrumen secara kuantitatif iaitu skor keseluruhan pemboleh ubah bersandar kebimbangan sosial dan perhatian focus sendiri telah menunjukkan pengurangan daripada ujian pra berbanding dengan ujian pos.

Dapatan analisis kuantitatif ini juga disokong dengan analisis secara kualitatif terhadap dua orang subjek kajian terpilih. Melalui PKTKK remaja dibantu untuk memahami bagaimana pemikiran yang tidak adaptif mempengaruhi emosi dan membentuk perlakuan mereka. Hasil analisis temu bual ternyata subjek kajian menjelaskan bahawa PKTKK dapat membantu mereka mengurangi kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. PKTKK didapati berkesan menyingkirkan pemikiran yang tidak adaptif, membantu remaja membuat penyesuaian perasaan dan tingkah laku yang lebih adaptif serta membentuk emosi yang lebih positif.

Kesan PKTKK terhadap pemboleh ubah bersandar bukan sahaja dapat dilihat menerusi perubahan min skor pemboleh ubah bersandar tetapi juga dalam saiz kesan perubahan min skor daripada ujian pra kepada ujian pos. Saiz kesan perubahan bagi semua pemboleh ubah bersandar yang dikaji iaitu kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri adalah sederhana dan besar.

Dapatan juga menunjukkan tidak terdapat kesan interaksi antara pemboleh ubah tidak bersandar rawatan (PKTKK) dan jantina terhadap pemboleh ubah bersandar kajian. Ujian MANCOVA juga menunjukkan tiada kesan interaksi antara kedua-dua pemboleh ubah tidak bersandar. Keputusan ini membuktikan bahawa perubahan iaitu pengurangan min skor pemboleh ubah bersandar hanya disebabkan oleh faktor rawatan semata-mata dan bukannya faktor jantina.

BAB VI

PERBINCANGAN DAN RUMUSAN

6.1 Pendahuluan

Kajian ini bertujuan untuk melihat kesan rawatan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK) terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri remaja. Objektif lain kajian ini adalah untuk melihat kesan interaksi antara PKTKK dengan faktor jantina terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Di samping itu, kajian ini turut mengenal pasti situasi sosial yang mendatangkan kebimbangan dan simptom kebimbangan sosial.

Dapatan menunjukkan rawatan dengan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok (PKTKK) dapat memberikan kesan terhadap pemboleh ubah yang dikaji seperti yang telah dipaparkan di dalam Bab 5. Oleh itu bab ini bertujuan untuk membincangkan dapatan yang dijelaskan dalam Bab 5 dan membuat interpretasi serta penjelasan berhubung dengan dapatan tersebut. Selain itu, bab ini juga turut membincangkan implikasi kajian yang dijalankan di samping memberikan cadangan kajian lanjutan yang boleh dilaksanakan serta membuat rumusan keseluruhan daripada perbincangan.

Sebanyak lapan sesi pertemuan telah diadakan untuk melaksanakan rawatan PKTKK yang memakan masa satu jam setengah bagi setiap sesi. Sesi pertama adalah untuk memperkenalkan format kumpulan (peraturan asas

kumpulan dan persetujuan), penerangan kebimbangan sosial, dan rasional rawatan serta memberikan tugas kepada klien. Semasa sesi ini juga pembinaan *rapport* dan kolaborasi antara klien dengan kaunselor diberikan penekanan. Sesi kedua pula merupakan sesi latihan pendedahan (*exposure*). Melalui sesi ini klien dilatih untuk melabel dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti. Walau bagaimanapun, setiap sesi akan dimulakan dengan menyemak latihan kerja rumah yang telah diberikan. Seterusnya klien dilatih berdepan dengan situasi yang menakutkan melalui sesi pendedahan. Sesi juga diakhiri dengan mengagihkan kerja rumah.

Sesi ketiga pula melatih klien membuat penstrukturan semula kognitif dan mengenal pasti pemikiran automatik. Klien digalakkan mengenal pasti kesilapan pemikiran mereka. Pada sesi ini juga kaunselor memperkenalkan konsep kesilapan berfikir dan mengajarkan proses bagi mempersoalkan pemikiran automatik dan belajar membuat respons secara rasional. Kerja rumah juga diagihkan kepada klien.

Seterusnya sesi keempat melatih klien membuat latihan relaks. Klien terlebih dahulu dijelaskan tentang tujuan latihan relaks. Kemudian klien diajar cara melakukan latihan relaks dan seterusnya klien mempraktikkan latihan tersebut dalam kelompok. Sesi 5 hingga 7 pula mendorong klien membuat latihan dalam kumpulan dengan menggabungkan aktiviti penstrukturan semula kognitif, latihan pendedahan, dan juga latihan relaks. Aktiviti pendedahan yang dilakukan termasuklah memberikan ucapan secara spontan di hadapan ahli kumpulan. Klien kemudian diminta membuat penstrukturan semula kognitif selepas memberikan

ucapan spontan. Semasa latihan pendedahan, klien terlebih dahulu diminta berada dalam keadaan relaks atau melatih diri untuk relaks dan mempraktikkan latihan relaks. Sesi ini ditamatkan dengan memberikan kerja rumah sebagai peneguhan kepada aktiviti yang dijalankan semasa sesi kaunseling.

Sesi kelapan pula merupakan sesi penamatan. Seperti sesi yang lain, sesi ini dimulai dengan menyemak kerja rumah klien. Selepas itu kaunselor bersama-sama dengan klien menyemak kemajuan masing-masing sepanjang proses rawatan. Klien juga dikehendaki menyemak situasi yang masih lagi menjadi kebimbangan kepada mereka dan membincangkan respons rasional yang dapat diambil untuk berdepan dengan situasi tersebut. Di samping itu juga, klien digalakkan untuk membina matlamat bagi perkhidmatan susulan. Mereka juga diberi ruang untuk menyatakan sebarang rasa tidak puas hati dan sebagainya sepanjang proses rawatan berlangsung. Akhir sekali klien diminta melengkapkan borang penyelidikan sebelum sesi ditamatkan.

6.2 Perbincangan Dapatan Kajian

Hasil dapatan kajian dan interpretasi dapatan kajian akan dibincangkan seperti tajuk yang berikut, iaitu kesan rawatan PKTKK terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri, kesan interaksi antara rawatan PKTKK dengan faktor jantina, situasi yang mendatangkan kebimbangan dan simptom kebimbangan. Perbincangan dapatan, terutama kesan rawatan PKTKK terhadap

kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri akan ditriangulasikan dengan dapatan temu bual berstruktur.

6.3 Kesan PKTKK Ke atas Pemboleh ubah Bersandar

Keputusan kajian secara umum menunjukkan terdapat kesan rawatan PKTKK yang signifikan ke atas pemboleh ubah bersandar iaitu kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri bagi kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan berdasarkan perbandingan min ujian pra dan ujian pos dalam kalangan subjek keseluruhan. Berdasarkan hasil dapatan kajian rawatan PKTKK didapati berkesan dalam mengurangkan kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri remaja. Perubahan dalam skor pemboleh ubah bersandar juga dapat dilihat berdasarkan saiz kesan perubahan skor pemboleh ubah pada ujian pos secara keseluruhan

6.3.1 Kesan PKTKK Terhadap Kebimbangan Sosial

Objektif utama kajian ini adalah untuk menentukan sama ada terdapat perbezaan kesan yang signifikan bagi subjek kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan terhadap skor kebimbangan sosial. Dalam kajian ini perbezaan dilihat dengan membandingkan min skor kebimbangan sosial pada ujian pra dan ujian pos kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Hasil dapatan menunjukkan kumpulan rawatan mengalami pengurangan dalam min skor

kebimbangan sosial yang signifikan dibanding dengan min skor kumpulan kawalan pada ujian pos. Perbezaan min skor sebanyak 26.25 pada ujian pos antara kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan menunjukkan rawatan PKTKK dapat membantu mengurangkan kebimbangan sosial dalam kalangan remaja. Ini menunjukkan bahawa rawatan menggunakan modul Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam kaunseling kelompok dapat mengurangkan kebimbangan sosial remaja. Hasil kajian ini ternyata menyokong dapatan kajian lalu yang dijalankan oleh Clark et al.(2006), Hayes (2006) dan Hofman, David, Hyu Jin Kim, & Andrew(2004).

Bukti yang menunjukkan PKTKK berkesan dalam membantu mengurangkan kebimbangan sosial juga dapat dilihat daripada analisis temu bual yang telah dijalankan. Sebagai contoh Subjek 1 mendapati selepas selepas mengikuti rawatan PKTKK beliau berasa lebih seronok, fikiran terasa lapang dan beliau sudah dapat belajar membina hubungan dengan rakan sebaya. Begitu juga dengan subjek 2 yang menyatakan bahawa beliau banyak mendapat manfaat daripada sesi PKTKK. Sejak mengikuti sesi, beliau menjadi lebih berani serta yakin kepada diri sendiri, terutama apabila bercakap di dalam kelas. Rasa malu dan bimbang ini dapat dibendung oleh subjek apabila memikirkan orang lain juga mempunyai masalah yang sama dengannya, malah subjek mula menyedari bahawa kejadian yang berlaku berpunca daripada fikiran negatif yang sentiasa ada dalam diri beliau sedangkan orang lain tidak berfikir sedemikian.

Kesan PKTKK terhadap kebimbangan sosial dikukuhkan lagi dengan melihat kepada saiz kesan kumpulan rawatan semasa ujian pos. Saiz kesan dilihat

berdasarkan nilai *eta partial square* yang menunjukkan saiz kesan kebimbangan sosial kumpulan rawatan ialah .873. Nilai *eta partial square* yang besar membuktikan bahawa PKTKK memberikan impak yang besar dalam mengurangkan kebimbangan sosial remaja.

Saiz kesan PKTKK yang besar ini mungkin disebabkan oleh PKTKK dapat memberikan kesan yang cepat terhadap klien (See, 2009). Selain itu saiz kesan yang besar juga berkemungkinan subjek telah dapat mempelajari tentang kebimbangan sosial, bagaimana kebimbangan boleh terjadi dan cara seseorang itu mengekalkan kebimbangan melalui sesi psikopendidikan. Keadaan ini ditambah lagi dengan adanya latihan penstrukturan semula kognitif, aktiviti pendedahan (*exposure*) serta latihan relaks.

Perkara ini dapat juga dilihat dari analisis temu bual subjek 2 misalnya yang mendapati aktiviti PKTKK banyak membantu beliau. Antara aktiviti yang banyak membantu subjek termasuklah latihan kerja rumah, menyemak pemikiran automatik dan berkongsi dengan ahli dalam kumpulan. Teknik lain yang dianggap subjek dapat membantu beliau ialah *exposure*, di mana mengikut subjek apabila beliau diberi peluang untuk bercakap di hadapan khalayak ramai dan berbual dengan rakan-rakan yang tidak biasa diajak berbual lama kelamaan perasaan malu dan takut akan hilang. Selain itu mengikut subjek lagi, latihan relaks amat membantu semasa beliau dalam keadaan tertekan.

Dapatan kajian ini juga menyokong analisis meta yang dijalankan untuk melihat kesan pelbagai teknik Pendekatan Kognitif Tingkah Laku terhadap masalah kebimbangan sosial. Kajian ini terbukti dapat menyokong kajian yang

dijalankan oleh Federoff dan Taylor (2001), Feske dan Chambless (1995), Gould, Buckmister, Pollack, Otto, dan Yap (1997) dan Taylor (1996). Mereka juga telah mendapati bahawa individu yang dirawat dengan menggunakan pelbagai teknik rawatan Kognitif Tingkah Laku menunjukkan perubahan yang memberangsangkan. Contohnya, terdapat pengurangan skor kebimbangan sosial kumpulan rawatan dengan purata saiz kesan (*effect size*) perubahan skor kebimbangan sosial dari ujian pra hingga ujian pos adalah di antara 0.74 hingga 1.08 berbanding dengan saiz kesan kumpulan kawalan di antara 0.03 hingga 0.13.

Selain itu dapatan kajian ini juga konsisten dengan kajian secara analisis meta yang dijalankan oleh Britton (2006) yang mendapati kesan saiz yang besar ditunjukkan oleh rawatan Kumpulan Kognitif Tingkah laku apabila diberikan kepada kanak-kanak yang mempunyai kebimbangan sosial. Kesan saiz yang besar menunjukkan rawatan menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku sangat efektif dalam merawat kebimbangan sosial.

6.3.2 Kesan PKTKK terhadap Subskala Kebimbangan Sosial

Keputusan kajian telah menunjukkan bahawa PKTKK berkesan dalam mengurangkan kebimbangan sosial kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan. Dapatan kajian ini dikukuhkan lagi melalui pengujian hipotesis terhadap subskala Kebimbangan sosial di mana PKTKK juga didapati berkesan bagi mengurangkan skor Subskala Kebimbangan Sosial Remaja iaitu Kebimbangan Sosial-Takut Penilaian Negatif (SKSR-TPN), Kebimbangan Sosial-

Distress Baharu (SKSR- *New*) dan Kebimbangan Sosial-*Distress* Umum (SKSR-Umum) seperti yang dibincangkan dalam Bab 5. Kesan pengurangan dalam subskala Kebimbangan Sosial juga menunjukkan saiz kesan yang besar iaitu SKSR-TPN .817, SKSR-*New* .810 dan SKSR-Umun dengan saiz kesan yang kecil iaitu .346. Kesan pengurangan ini ialah hasil daripada rawatan menggunakan PKTKK seperti yang dibincangkan dalam Bab 5. Ini membuktikan bahawa PKTKK dapat mengurangkan skor SKSR-TPN iaitu Ketakutan kepada Penilaian Negatif dan SKSR-*New* iaitu Takut kepada sesuatu situasi baharu dengan kadar yang besar. Bagaimanapun, bagi SKSR-Umum iaitu ketakutan kepada Situasi secara Umum pengurangan berlaku dengan kadar yang kecil sahaja. Kedaaan ini berlaku kerana kebimbangan sosial adalah berkaitan dengan rasa takut kepada penilaian negatif terutama apabila seseorang itu berada dalam sesuatu situasi yang baharu.

Jika dilihat kepada min skor Subskala Kebimbangan Sosial berdasarkan jantina didapati pelajar perempuan mempunyai min skor yang tinggi dalam Ketakutan Penilaian Negatif (SKSR-TPN), diikuti dengan Ketakutan pada situasi Baharu (SKSR-*Distress New*) dan Ketakutan situasi Umum (SKSR-*Distress Umum*). Ini menunjukkan bahawa pelajar perempuan amat takut kepada sesuatu situasi baharu atau perkara baharu yang melibatkan penilaian terutama penilaian negatif. Dapatan ini ternyata konsisten dengan hasil kajian La Greca dan Lopez (1998) dan Inderbitzen-Nolan dan Walter (2000) yang mendapati pelajar perempuan mempunyai kebimbangan yang tinggi berbanding dengan pelajar lelaki.

6.3.3 Kesan PKTKK Terhadap Perhatian Fokus Kendiri

Dapatan kajian telah menunjukkan bahawa PKTKK berkesan bagi mengurangkan perhatian fokus sendiri remaja dalam kumpulan kawalan berdasarkan skor laporan sendiri Skala Kesedaran Kendiri (SKK) daripada ujian pra berbanding dengan ujian pos. Jika dilihat daripada min skor SKK pada ujian pos, didapati berlaku pengurangan sebanyak 18.42 bagi kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan (rujuk kepada Bab 5). Perbezaan yang signifikan dalam pengurangan skor Perhatian Fokus Kendiri juga dapat dilihat berdasarkan keputusan ujian *MANCOVA* (rujuk kepada Bab 5). Ini membuktikan bahawa PKTKK juga berjaya bagi mengurangkan perhatian fokus sendiri subjek yang mendapat rawatan. Begitu juga jika dilihat saiz kesan berdasarkan nilai *eta partial squared* pada ujian pos didapati saiz kesan SKK adalah besar iaitu .861 (rujuk kepada bab 5).

Ternyata dapatan kajian ini konsisten dengan dapatan kajian oleh Spurr dan Stopa (2002) yang mendapati ada tanda pengurangan perhatian berfokus sendiri dan juga kebimbangan setelah melalui rawatan fobia sosial. Begitu juga dengan dapatan kajian oleh Woody et al., (1997) yang mendapati bahawa perhatian berfokuskan sendiri yang diukur menggunakan Soal Selidik Fokus Perhatian [*FAQ*] (Chambless & Glass, 1984) ternyata berkurangan setelah melalui beberapa sesi rawatan terapi fobia sosial kognitif tingkah laku kumpulan. Tambahan pula, pengurangan dalam perhatian berfokuskan sendiri berkaitan juga dengan pengurangan dalam kebimbangan dan penilaian negatif sendiri.

Mengikut Edelman (1990), individu yang mengalami kebimbangan sosial terlalu berfokus kepada metakognisi sendiri, iaitu memikirkan perkara yang difikir, dirasai dan dilakukan dengan memerhatikan diri sendiri untuk mencari bukti kekurangan dirinya. Hofmann (2000) pula mendapati bahawa pengurangan dalam fokus perhatian yang negatif tentang diri berkorelasi secara signifikan dengan perubahan dalam kebimbangan sosial.

Kesan PKTKK juga dapat dilihat hasil daripada analisis temu bual. Hasil daripada analisis temu bual didapati subjek telah dapat menyedari kesilapan berfikirnya dan juga menyedari perkara ini tidak bermanfaat kepadanya. Daripada sesi PKTKK, mengikut subjek, dia telah mula menyedari betapa banyak pemikiran negatif yang menyebabkan kebimbangan dan memberi kesan kepada perasaan dan tingkah lakunya. Bagaimanapun setelah membuat latihan dalam sesi PKTKK, subjek mula mendapat kesedaran dan keyakinan diri lebih-lebih lagi apabila mendapat sokongan daripada rakan-rakan yang lain. Apa yang lebih menyeronokkan subjek ialah dia telah mula memperoleh banyak rakan hasil daripada perubahan sikap, pemikiran, dan tingkah lakunya. Subjek juga telah dapat menerima segala masalah keluarga seadanya.

6.3.4 Kesan PKTKK terhadap Subskala Perhatian Fokus Kendiri

Dapatan kajian tentang kesan PKTKK juga dilihat berdasarkan subskala perhatian fokus sendiri yang diukur menggunakan Skala Kesedaran Kendiri (SKK). Terdapat dua subskala SKK iaitu subskala Kesedaran Kendiri Peribadi

(SKK-Peribadi) dan subskala Kesedaran Kendiri Awam (SKK-Awam) dalam kalangan subjek remaja keseluruhan lelaki dan perempuan. Dapatan kajian menunjukkan bahawa PKTKK dapat mengurangkan skor subskala Perhatian Fokus Kendiri kumpulan rawatan berbanding dengan kumpulan kawalan pada ujian pos dengan min skor SKK-Peribadi berkurangan sebanyak .49 dan SKK-Awam berkurangan sebanyak .50 (rujuk kepada Bab 5).

Begitu juga jika dilihat kepada saiz kesan bagi kumpulan rawatan pada ujian pos. Didapati saiz kesan yang besar iaitu SKK-Peribadi .842 dan SKK-Awam .839. Ini menunjukkan bahawa KKPKT berkesan dalam mengurangkan Perhatian Fokus Kendiri Peribadi dan Awam bagi kumpulan rawatan. Dapatan kajian ini ternyata dapat mengukuhkan dapatan kajian oleh Bogels dan Mansell (2004). Kajian yang dijalankan mendapati tret dan *state self focused attention* serta *private* dan *public self consciousness* berkurangan selepas menerima rawatan kebimbangan sosial. Begitu juga dengan Hofmann (2000) yang mendapati pengurangan dalam fokus perhatian yang negatif tentang diri berkorelasi secara signifikan dengan perubahan dalam kebimbangan sosial. Wise dan Haynes (1983) pula mendapati bahawa *attention training* iaitu latihan untuk meningkatkan perhatian tentang kerelevanan menunjukkan perubahan keberkesanannya yang sama dengan penstrukturan semula kognitif.

Namun jika dilihat dari segi jantina, bagi min skor SKK-Awam didapati subjek lelaki mempunyai min yang lebih rendah bagi subskala ini berbanding dengan subjek perempuan (rujuk kepada Bab 5). Perbezaan ini terjadi mungkin disebabkan lelaki lebih berfokus kepada situasi sosial atau tugas berbanding

dengan perempuan yang lebih berfokuskan sendiri. Hal ini dapat dibuktikan daripada kajian yang telah dijalankan. Menurut kajian, perempuan amat takut penilaian negatif orang lain dan keadaan ini berkemungkinan menyebabkan min skor SKK Awam perempuan lebih tinggi berbanding dengan lelaki.

Mengikut Ollendick dan Hirshfeld-Baker (2002) ketakutan kepada penilaian negatif ialah sebahagian daripada perkembangan yang normal. Hakikatnya sebaik membesar daripada kanak-kanak hinggalah remaja, penilaian orang lain terhadap seseorang itu dan cara mereka menampilkan diri semasa interaksi sosial bersama-sama rakan sebaya, rakan-rakan, dan orang dewasa dianggap penting. Peningkatan rasa takut untuk mewujudkan interaksi sosial, takut kepada penilaian negatif, dan interpretasi yang salah tentang reaksi orang lain menyebabkan mereka yang mengalami kebimbangan sosial tidak sanggup melibatkan diri dalam pelbagai interaksi sosial. Walaupun tingkah laku mengelak ini bertujuan untuk mengurangkan kemungkinan penilaian negatif oleh orang lain tetapi tingkah laku ini juga menghasilkan *safety behavior*. Kegagalan semasa melaksanakan sesuatu tugas sosial akan mengesahkan kegagalan yang dijangka dan membentuk *self fulfilling prophecy* serta mengekalkan kebimbangan sosial.

6.4 Kesan Interaksi Antara Kelompok Rawatan Dengan Jantina

Perbincangan kesan interaksi antara kelompok rawatan dengan jantina ini bertujuan untuk melihat sama ada faktor jantina turut mempengaruhi kesan rawatan PKTKK terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Hasil

kajian seperti yang ditunjukkan dalam Bab 5 mendapati bahawa tidak terdapat kesan interaksi antara rawatan PKTKK terhadap kebimbangan sosial dan perhatian fokus sendiri. Ini bermakna PKTKK dapat mengurangkan skor Kebimbangan Sosial dan skor Perhatian Fokus Kendiri sama ada remaja lelaki atau perempuan walaupun kajian lampau menunjukkan terdapat perbezaan kadar kebimbangan sosial antara lelaki dengan perempuan (Fehm, 2005; La Greca & Lopez, 1998). Dengan ini dapat dirumuskan bahawa faktor jantina tidak mempengaruhi rawatan PKTKK. Dalam perkataan lain, pengurangan dalam skor Kebimbangan Sosial dan Perhatian Fokus Kendiri hanya disebabkan oleh rawatan semata-mata.

6.5 Situasi yang Mendatangkan Kebimbangan Kepada Remaja

Hasil dapatan menunjukkan bahawa antara beberapa situasi sosial yang paling kerap mendatangkan kebimbangan kepada remaja termasuklah apabila seseorang memerhatikan mereka melakukan sesuatu, bercakap/berucap di hadapan kelompok besar, bertentang mata dengan orang yang tidak dikenali, menjadi tumpuan orang ramai, dan bercakap/berucap di depan kelompok kecil. Situasi sosial yang kurang mendatangkan kebimbangan pula termasuklah menelefon seseorang yang dikenali, bertanyakan maklumat daripada seseorang, menghadiri sesuatu majlis, mengajak rakan ke rumah, dan mengajak ahli keluarga ke rumah.

Daripada analisis temu bual didapati antara situasi sosial yang cuba dielakkan dan mendatangkan kebimbangan termasuklah bercakap dengan orang yang lebih berkuasa seperti subjek takut untuk berjumpa dan bercakap dengan guru atau orang yang tidak rapat dengan mereka. Selain itu subjek juga takut untuk bercakap di hadapan orang lain seperti membuat pembentangan di hadapan kelas

Dapatan kajian ini turut menyokong penemuan kajian oleh Hofmann (1999) yang mengkaji kebimbangan sosial dalam kalangan remaja dan mendapati hampir separuh remaja mempunyai kebimbangan dalam empat domain yang utama. Domain tersebut ialah interaksi/pengucapan formal, percakapan/interaksi yang tidak formal, diperhatikan oleh orang lain dan menjadi asertif. Kajian ini juga didapati konsisten dengan kajian Ruscio et al. (2008) dan kajian West (2004). Begitu juga dengan pemerhatian Boyd, Ginsburd, Lambert, Cooley, dan Campbell (2003) yang mendapati situasi yang mendatangkan kebimbangan kepada remaja termasuklah semasa membuat persembahan di hadapan orang lain, pengucapan awam, bercakap dengan orang yang tidak dikenali, dan terlibat dalam majlis sosial.

6.6 Simptom Kebimbangan Sosial yang Dialami Remaja

Dapatan kajian menunjukkan simptom kebimbangan sosial yang kerap dialami remaja ialah jantung berdenyut pantas, sukar memberikan perhatian, badan terasa sejuk dan fikiran terasa kosong. Simptom kebimbangan sosial yang

kurang kerap dialami remaja pula ialah mulut terasa kering, pening dan tidak stabil, dan perut terasa sakit seperti yang dijelaskan dalam Bab 5. Berdasarkan analisis temu bual pula didapati simptom yang dialami subjek kajian termasuklah tangan menjadi sejuk, rasa berdebar-debar, muka terasa panas, dan terasa seperti ada sesuatu yang menghalang daripada bercakap dan menjadi kaku.

Hasil dapatan kajian ini konsisten dengan kajian West (2004) yang telah mengkaji pengalaman kebimbangan sosial dalam kalangan remaja asli Amerika. Hasil kajian mendapati majoriti daripada remaja dalam kajian ini mengalami simptom kebimbangan sosial. Antara simptom yang paling kerap termasuklah kesukaran untuk tidur, risau tentang apa orang lain kata, rasa malu dan pendiam apabila bersama-sama orang lain. Selain itu, dapatan kajian ini juga menyokong hasil dapatan kajian Velting dan Albano (2001) dan Ruscio et al. (2008) yang mendapati perkara yang paling ditakuti di dalam sesuatu situasi sosial ialah pengucapan awam dan bercakap dalam mesyuarat, manakala yang kurang mendatangkan kebimbangan pula ialah penggunaan bilik air awam dan menulis, makan serta minum walaupun diperhatikan orang lain.

Zaman remaja merupakan kemuncak kepada tahap kebimbangan sosial, dan pada masa ini juga individu yang mengalami kebimbangan sosial merasakan kebimbangan tersebut meningkat kepada tahap yang bermasalah (Scholing & Emmelkamp, 1990). Menurut Leary dan Kowalski (1995), antara punca peningkatan kebimbangan pada masa ini ialah kerana remaja terpaksa menghadapi perubahan fizikal, peranan sosial baharu, dan situasi baharu. Kebimbangan sosial biasanya dilihat sebagai tiga konstruk yang mengandungi

simptom fisiologi, kognisi, dan tingkah laku (Albano & Detweiler, 2001). Simptom fisiologi adalah seperti berpeluh, kadar denyutan jantung meningkat, pipi menjadi merah dan *hyperventilation* (Velting & Albano, 2001). Komponen kognitif kebimbangan sosial pula merangkumi perasaan takut kepada penilaian negatif, pemikiran negatif yang berkaitan dengan penampilan seseorang dalam sesebuah situasi sosial dan hasil yang dijangkakan daripada pertemuan tersebut. Komponen ketiga kebimbangan sosial termasuklah simptom tingkah laku yang terjadi semasa berada dalam sesebuah situasi yang mendatangkan kebimbangan. Antara contoh simptom tingkah laku termasuklah gagap, gelisah, kontak mata yang kurang dan terketar-ketar semasa bercakap. Perkara yang lebih serius lagi ialah sifat mengelak daripada situasi yang menimbulkan kebimbangan.

Dapatan kajian juga menunjukkan selepas diberikan rawatan, simptom kebimbangan sosial telah menunjukkan pengurangan berbanding dengan sebelum rawatan. Seperti yang ditunjukkan dalam Bab 5 simptom seperti sukar bernafas, pening dan tidak stabil, mulut terasa kering, dan perut terasa sakit sudah tidak ada lagi. Simptom lain juga menunjukkan pengurangan daripada sebelum rawatan berbanding dengan selepas rawatan.

6.7 Ringkasan Dapatan Kajian

Hasil dapatan kajian berhubung dengan kesan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok dapat disimpulkan seperti yang berikut:

1. Penggunaan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling

Kelompok ternyata berkesan bagi mengurangkan kebimbangan sosial dalam kalangan remaja berdasar skor skala Kebimbangan Sosial Remaja yang menunjukkan pengurangan daripada ujian pra berbanding dengan ujian pos selain perubahan dari segi saiz kesan.

2. Penggunaan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling
Kelompok ternyata berkesan bagi mengurangkan perhatian fokus sendiri dalam kalangan remaja berdasar skor Skala Kesedaran Kendiri yang menunjukkan pengurangan daripada ujian pra berbanding dengan ujian pos dan juga perubahan dari segi saiz kesan.
3. Tidak terdapat kesan interaksi antara kaunseling kelompok dan jantina terhadap skor kebimbangan sosial remaja dan perhatian fokus sendiri. Ini menunjukkan bahawa faktor jantina tidak mempengaruhi kesan rawatan atau dalam lain perkataan rawatan PKTKK berkesan terhadap jantina lelaki dan perempuan.
4. Situasi sosial yang paling kerap mendatangkan kebimbangan sosial ialah situasi orang memerhatikan mereka semasa melakukan sesuatu, bercakap/berucap di hadapan khalayak, bertentang mata dengan orang yang tidak dikenali, dan menjadi tumpuan orang ramai. Simptom kebimbangan sosial yang paling kerap dialami remaja pula ialah jantung berdenyut pantas, sukar memberikan perhatian, badan terasa sejuk dan fikiran terasa kosong.

Kajian ini memberikan impak yang besar, terutama kepada kaunselor yang berminat menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling

Kelompok. Kajian ini diharapkan dapat memberikan pendedahan dan pengetahuan tentang PKTKK dengan lebih baik lagi. Kajian ini diharap dapat memantapkan amalan kaunselor terutama semasa mengintegrasikan teori dan amalan selain meningkatkan kefahaman kaunselor tentang masalah kebimbangan sosial. Pemahaman tentang teori ini sudah tentu dapat meningkatkan profesionalisme kaunselor, terutamanya dalam bidang kaunseling. Hasil kajian ini juga diharapkan dapat membantu kaunselor mempelbagaikan teknik dalam proses menolong klien.

6.8 Implikasi Kajian

Hasil kajian ini dapat memberikan sumbangan secara teoretikal dan praktikal dalam bidang keilmuan berhubung kesan penggunaan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap kebimbangan sosial remaja. Sumbangan daripada kajian ini secara khususnya dibincangkan seperti yang berikut.

6.8.2 Implikasi Kajian terhadap Bidang Kaunseling

Kajian tentang isu kebimbangan sosial dalam kalangan remaja tidak banyak dikaji dan dibincangkan di negara ini walaupun kajian tentang perkara ini amat meluas dijalankan di luar negara. Hal ini demikian kerana kebimbangan sosial yang serius akan mengganggu kefungsi seseorang dari segi emosi dan

tingkah laku. Kajian menunjukkan remaja yang dikenal pasti mempunyai gangguan emosi dan tingkah laku di sekolah kurang cemerlang dalam akademik dan interaksi sosial (Anderson, 2001; Coleman & Vaughn, 2000), kerap ponteng sekolah, memberontak, malas dan mempunyai hubungan lemah dengan rakan sebaya (Epstein & Cullinan, 1994). Masalah kebimbangan sosial juga sering dikaitkan dengan pelbagai masalah tingkah laku (Albano & Detweiller, 2001; Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005; Lewis & O'Neil, 2000; McKeon, 2005). Di Malaysia, pelajar yang terlibat dengan masalah tingkah laku begitu berleluasa (Fariza, 2005; See & Lee, 2005; Sumarni, 2000; Wan Ghazali, 2000). Malangnya kurang perhatian diberikan kepada isu yang menyebabkan bermulanya masalah tersebut; malah intervensi yang diberikan umumnya berfokus kepada merawat simptom yang wujud daripada masalah tersebut (Menutti et al., 2006).

Oleh itu, kajian seperti ini diharapkan dapat memberikan sumbangan dalam bidang kaunseling malah sebagai langkah proaktif dengan memberikan tumpuan kepada pencegahan sebelum masalah yang lebih serius muncul. Kebanyakan pengkaji kaunseling lebih cenderung mengkaji intervensi pemulihan setelah wujudnya sesuatu masalah tetapi kurang meneroka langkah pencegahan. Pencegahan awal terhadap remaja yang dikenal pasti mempunyai simptom kebimbangan sosial dapat membantu membendung kemunculan masalah lain pada masa hadapan (Kearney, 2010).

Kajian ini dapat memberikan pendedahan kepada semua pihak tentang kesan kebimbangan sosial sekiranya tidak ditangani. Sesungguhnya pengetahuan tentang kebimbangan sosial amat penting kepada semua pihak seperti ibu bapa,

kaunselor sekolah, dan pihak pentadbir supaya masalah kebimbangan sosial ini dapat diatasi pada peringkat awal lagi dan masalah yang lebih serius dapat dibendung. Kajian ini juga turut membincangkan kebimbangan sosial daripada perspektif Kognitif Tingkah Laku. Ini dapat membantu ibu bapa khususnya dan kaunselor amnya memahami cara kebimbangan sosial bermula. Oleh itu, kajian tentang kebimbangan sosial dan cara menanganinya dengan menggunakan modul yang telah diuji kesahihannya dapat membantu pelajar yang mempunyai kebimbangan diberi rawatan awal. Rawatan awal kebimbangan sosial sudah tentu dapat membantu pelajar meningkatkan kesejahteraan psikologi mereka dan sekali gus dapat membendung masalah salah laku lebih serius.

6.8.3 Implikasi terhadap amalan kaunseling

Kajian tentang rawatan kebimbangan sosial ini berdasarkan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku oleh Rapee dan Heimberg (1997). Mengikut model ini, individu yang mengalami kebimbangan sosial mempunyai dorongan yang kuat untuk mempamerkan imperesi yang diterima orang lain tetapi dalam masa yang sama ragu-ragu dan tidak yakin akan keupayaan dirinya untuk memberikan impresi tersebut. Hasilnya individu yang mempunyai kebimbangan sosial percaya bahawa kebanyakan situasi berbahaya disebabkan oleh adanya potensi penilaian negatif. Penilaian negatif ini akan memberikan kesan yang menyakitkan seperti perasaan malu, rasa tersisih, hilang kedudukan sosial, dan hilang harga diri. Oleh itu, apabila seseorang individu yang mempunyai kebimbangan sosial berada

dalam situasi sosial maka fokus perhatian (perhatian fokus sendiri) mereka yang tidak adaptif akan berubah ke dalam dirinya iaitu individu yang mempunyai kebimbangan sosial akan membina konstruk tentang dirinya dan melihat dirinya sebagai objek sosial. Implikasinya, mereka akan menggunakan maklumat *introceptive* yang dihasilkan melalui fokus sendiri untuk membentuk imej sendiri. Penggunaan maklumat ini juga bertujuan untuk membentuk ekspresi sendiri yang pada anggapan mereka menunjukkan cara orang lain melihatnya. Perubahan dalam fokus perhatian berlaku apabila mereka secara automatik melihat sesuatu situasi sebagai berbahaya atau sebagai ancaman kepadanya. Kecenderungan ini bukan sahaja berdasarkan situasi, tetapi boleh juga berlaku hanya dalam pemikiran seseorang individu yang mempunyai kebimbangan sosial, terutama apabila memikirkan situasi tersebut dan membandingkan keupayaannya untuk berfungsi dalam keadaan tersebut.

Model Kognitif Tingkah laku berhubung dengan masalah kebimbangan sosial memberikan penekanan kepada kepercayaan yang tidak berfungsi (*dysfunctional believing*) berkaitan dengan penampilan individu yang mempunyai kebimbangan dalam situasi sosial. Oleh itu Pendekatan Kognitif Tingkah Laku yang memberikan psikopendidikan, menstruktur semula pemikiran, membiasakan seseorang itu kepada keadaan yang mendatangkan kebimbangan (*exposure*) dan latihan relaks dapat mengurangkan rasa takut kepada penilaian negatif dan perhatian fokus sendiri. Hasil daripada dapatan kajian ini membuktikan bahawa penggunaan psikopendidikan, penstrukturan semula kognitif, *exposure* dan

latihan relaks dapat membantu mengurangkan rasa takut kepada penilaian negatif dan sekali gus mengatasi kebimbangan sosial remaja.

Di samping itu, dapatan ini juga mengukuhkan teori bahawa kebimbangan sosial berlaku disebabkan oleh rasa takut yang dibina oleh seseorang itu dalam pemikirannya sendiri sehingga memberikan kesan kepada emosi dan tingkah laku. Inilah yang perlu difahami dan diajarkan oleh guru dan kaunselor kepada pelajar supaya mereka dapat memahami bahawa rasa takut itu ialah ciptaan mereka sendiri. Penggunaan teori ini menjadi asas kepada kaunselor bagi memberikan kefahaman yang lebih jelas kepada pelajar tentang rasa takut dan bimbang dalam diri mereka. Perasaan yang mereka wujudkan ini sebenarnya dapat diatasi dengan menstrukturkan semula pemikiran mereka dalam keadaan relaks.

Modul PKTKK yang digunakan dalam kajian ini juga boleh dijadikan asas dalam mengenal pasti dan membantu remaja yang mempunyai kebimbangan sosial. Remaja yang mempunyai kebimbangan sosial perlu dibantu dari awal agar perkembangan dan kesejahteraan psikologi mereka tidak terbantut. Dalam konteks sekolah, kaunselor merupakan di antara individu penting bagi membantu pelajar membuat penyesuaian dan mencegah masalah tingkah laku melalui aktiviti yang disediakan oleh Unit Bimbingan dan Kaunseling. Melalui penggunaan modul PKTKK ini kaunselor dapat mengajar pelajar tentang sebab sesuatu masalah itu berlaku. Melalui pendekatan ini pelajar dibantu membina kerangka konsep tentang kes/masalah yang dihadapi. Modul berdasarkan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku ini dilihat mempunyai kekuatan dari segi kolaborasi antara klien dengan kaunselor. Ini dapat meningkatkan kemahiran pelajar untuk

mengenal pasti kesilapan pemikiran, dan mencabar pemikiran tersebut dengan menstruktur semula pemikiran mereka.

Selain itu, pendekatan ini juga mengajar pelajar tentang kemahiran melatih diri untuk relaks apabila berdepan dengan sesuatu situasi yang mengancam melalui latihan relaksasi. Penggunaan modul ini juga dapat membantu kaunselor atau pihak tertentu menggunakan modul yang telah diuji. Modul ini juga telah disemak oleh beberapa orang pakar dalam bidang kaunseling seperti Professor Emeritus dan juga pensyarah yang mempunyai doktor falsafah dalam bidang psikologi klinikal. Oleh yang demikian, keadaan ini amat bermakna bagi seseorang kaunselor dan pihak yang berminat untuk menggunakan modul yang telah diuji kesahihannya agar pekhidmatan yang diberikan lebih berkesan. Tambahan pula, pihak terbabit seperti sekolah dapat melatih atau memberikan pendedahan kepada kaunselor supaya dapat menggunakan modul yang telah diuji keberkesanannya dan kesahihannya agar amalan kaunseling dapat ditingkatkan.

Walaupun kajian ini dijalankan secara kuantitatif tetapi pengkaji juga telah menjalankan temu bual untuk melihat kesan penggunaan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam kaunseling kelompok ini terhadap pelajar. Senario ini merupakan triangulasi data yang dapat mengukuhkan hasil dapatan. Dari segi pembinaan modul pula setakat ini tiada kajian yang melihat modul yang benar-benar berdasarkan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku. Modul berdasarkan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku yang dibina kebanyakannya lebih menjurus kepada aktiviti latihan dalam kumpulan.

6.8.3 Implikasi Terhadap Remaja yang Mempunyai Kebimbangan Sosial

Kajian ini menggunakan instrumen Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR) yang telah diuji kebolehpercayaannya dan kesahannya dalam konteks remaja tempatan. Oleh itu kaunselor boleh menggunakan instrumen ini sebagai alat tapisan awal kebimbangan sosial. Tapisan awal ini akan memudahkan kaunselor membuat perancangan intervensi terhadap pelajar yang telah dikenal pasti. Di Malaysia, tidak banyak instrumen yang boleh digunakan bagi mengenal pasti masalah pelajar. Penggunaan instrumen ini sudah tentu dapat membantu kaunselor menyediakan perancangan yang sesuai kepada pelajar.

La Greca dan Stone (1993) mendapati remaja yang memperoleh skor yang tinggi dalam Skala Kebimbangan Sosial Remaja ini juga dilaporkan kurang diterima oleh rakan sebaya dan mempunyai persepsi sendiri yang rendah. Selain itu, SKSR terbukti mampu membezakan antara individu yang didiagnosis sebagai mempunyai kebimbangan sosial dengan individu yang tidak mempunyai kebimbangan sosial (Inderbitzen-Nolan & Walter, 2000), malah dapatan penting daripada kajian ini menunjukkan bahawa kebimbangan sosial dapat diukur merentasi pelbagai tahap perkembangan remaja.

6.9 Masalah Dalam Menjalankan Kajian

Beberapa masalah kecil dihadapi pengkaji semasa menjalankan kajian ini. Antara masalah yang dihadapi termasuklah dari aspek kesukaran mendapatkan bahan literatur terutama berhubung kebimbangan sosial dalam kalangan remaja di

Malaysia. Hal ini demikian kerana tidak banyak kajian dalam negara yang mengkaji kebimbangan sosial sedangkan di luar negara kajian tentang kebimbangan sosial begitu meluas. Oleh itu rujukan kajian ini tertumpu pada bahan-bahan literatur dari luar negara. Idea pengkaji untuk melihat kesan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok muncul apabila kajian kebimbangan begitu meluas di luar negara sedangkan di Malaysia amat terhad.

Masalah kedua pengkaji adalah dari segi pembinaan modul bagi merawat kebimbangan sosial berdasarkan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku. Walaupun banyak modul yang telah dibina di luar negara berhubung dengan rawatan kebimbangan sosial tetapi kebanyakan kaunseling memakan masa yang lama misalnya melebihi enam belas minggu. Sedangkan dalam kajian ini pengkaji hanya memperuntukkan masa selama lapan minggu sahaja. Oleh itu pengkaji perlu menyediakan modul yang bersesuaian dengan masa dan juga budaya masyarakat tempatan. Setelah modul dibina pengkaji mendapat bantuan panel pakar dalam menguji kesahan modul ini. Antara panel pakar yang terbabit menilai modul ini adalah Profesor Emeritus dalam bidang kaunseling, seorang doktor falsafah dalam bidang psikologi klinikal dan beberapa pensyarah dalam bidang kaunseling serta beberapa orang kaunselor sekolah.

Peringkat yang paling sukar bagi pengkaji adalah semasa menjalankan rawatan kaunseling. Walaupun pengkaji telah mendapat kebenaran pihak berkenaan dan pihak pentadbir sekolah bagi menjalankan kajian ini, pengkaji juga perlu mendapat kerjasama yang baik daripada kaunselor sekolah. Pengkaji agak

bernasib baik kerana mendapat bantuan daripada beberapa orang pelajar kedoktoran. Namun demikian, pengkaji juga masih memerlukan bantuan kaunselor sekolah dalam pelbagai aspek seperti penyediaan tempat untuk mengadakan sesi kaunseling dan memastikan pelajar yang terlibat hadir dalam setiap sesi. Pembinaan *rapport* yang baik amat perlu antara pengkaji dengan kaunselor sekolah. Oleh itu, perkara yang menjadi masalah bukan sahaja mendapatkan komitmen daripada peserta kajian tetapi juga aktiviti sekolah yang pelbagai menyebabkan beberapa sesi terpaksa ditunda beberapa kali, lebih-lebih lagi apabila sesi kaunseling terpaksa dijalankan di luar waktu pembelajaran agar kelas tidak terganggu. Selain itu sebelum kajian dijalankan pengkaji juga perlu mendapatkan persetujuan termaklum (*informed consent*) daripada peserta kajian serta kebenaran daripada ibu bapa lebih-lebih lagi semasa sesi kaunseling dijalankan di luar waktu kelas dan juga pada hari Sabtu.

Masalah lain yang dihadapi pengkaji ialah masalah yang berkaitan dengan masa. Pengkaji menghadapi masalah menjalankan kajian kerana pengkaji juga terikat dengan tugas sebagai pensyarah di IPGM. Oleh yang demikian, penyelidikan dijalankan secara sambil an akibat kekangan masa. Pengkaji juga terpaksa menyesuaikan diri untuk menjalankan penyelidikan dengan kekangan masa yang ada. Ditambah lagi pengkaji memilih lokasi kajian yang agak jauh dari Kuala Lumpur, iaitu di Kuala Terengganu. Jarak yang jauh juga menyebabkan pengkaji menggunakan hari minggu untuk berulang alik ke lokasi kajian. Oleh itu kajian ini memakan masa yang agak lama disebabkan oleh bukan sahaja aktiviti sekolah yang pelbagai tetapi kesesuaian masa pengkaji. Pengkaji memilih lokasi

dan sekolah tersebut kerana pengkaji telah mendapat kerjasama yang baik daripada pihak pentadbir sekolah selain pelajar yang menjadi sampel kajian memenuhi kriteria yang diperlukan dalam kajian.

Selain itu juga pengkaji terpaksa menguruskan kos dengan baik kerana pengkaji bukanlah pelajar tajaan. Hal ini penting memandangkan penyelidikan ini melibatkan kos yang banyak terutama kos perjalanan. Oleh itu pengkaji amat memerlukan kerjasama kaunselor bagi memastikan kehadiran peserta kajian dalam setiap sesi kaunseling, terutama apabila terdapat perubahan tarikh disebabkan aktiviti sekolah yang tidak dapat dielakkan dan melibatkan semua pelajar.

6.10 Batasan Kajian

Kajian ini berbentuk eksperimen dengan menggunakan ujian pra dan ujian pos. Sebelum kajian ini dimulakan, satu ujian menggunakan Skala Kebimbangan Sosial untuk Remaja (SKSR) berbentuk laporan sendiri diberikan kepada murid-murid. Respon yang diberikan oleh murid-murid melalui ujian laporan sendiri digunakan sebagai tapisan yang menunjukkan tahap kebimbangan. Skor yang diperoleh dijadikan satu asas dalam membezakan murid yang mempunyai kebimbangan sosial atau tidak. Mereka yang mempunyai skor yang tinggi dijadikan subjek kajian. Oleh itu, ketepatan skor bergantung kepada ketepatan respon yang diberikan oleh subjek semasa menduduki ujian pemilihan. Oleh yang demikian, ukuran kebimbangan sosial dalam kajian ini hanya terhad kepada skala pengukuran

kebimbangan sosial dalam kajian ini sahaja, iaitu Skala Kebimbangan Sosial Remaja (SKSR). Namun begitu, pengkaji akan mengingatkan murid-murid untuk bersikap jujur semasa memberikan respons sendiri mereka. Selain itu ukuran yang digunakan berbentuk skor laporan sendiri, dan ini bermakna ujian tersebut tidak mengambil kira kesan fisiologi dalam pemilihan sampel yang menjalani rawatan. Kajian ini juga menggunakan kelompok rawatan dan kelompok kawalan. Kelompok rawatan diingatkan supaya tidak berinteraksi atau berbincang tentang rawatan yang diterima dengan kelompok menunggu rawatan, iaitu kelompok kawalan untuk memastikan ketepatan dapatan kajian. Walau bagaimanapun, memandangkan murid-murid yang menjadi subjek kajian tinggal di kawasan berhampiran yang sama dan mengikuti kelas yang sama menyebabkan interaksi kedua-dua kelompok ini tidak dapat dikawal sepenuhnya.

Kajian ini tidak melibatkan peranan ibu bapa dan guru semasa membuat penilaian terhadap kesan rawatan. Walaupun remaja dianggap dapat melaporkan dan mengenal pasti simptom kebimbangan, data daripada ibu bapa dan guru dapat membantu melihat kesan daripada rawatan ini.

Selain itu, kajian ini hanya melibatkan sejumlah 72 orang subjek kajian yang dibahagikan kepada dua kumpulan. Mereka merupakan murid tingkatan enam rendah sebuah sekolah menengah di Pantai Timur. Oleh sebab saiz sampel yang kecil dan jumlah kelompok yang sedikit dapatan kajian ini tidak dapat digeneralisasikan kepada populasi lain secara keseluruhan.

6.11 Saranan Penyelidikan Akan Datang

Kajian ini hanya membataskan faktor jantina. Walau bagaimanapun, keseimbangan sosial sudah tentu berbeza jika dilihat dalam kalangan masyarakat yang berbeza. Oleh sebab itu, untuk penyelidikan akan datang kajian selanjutnya dicadangkan dengan mengambil kira faktor selain jantina yang mungkin mempengaruhi keseimbangan sosial.

Kajian ini juga hanya melihat kesan PKTKK berdasarkan ujian pra dan ujian pos. Tiada ujian susulan dilaksanakan. Oleh itu kesan jangka panjang rawatan PKTKK tidak diperoleh. Sehubungan dengan itu pengkaji mencadangkan agar kajian berterusan (*longitudinal*) dijalan kerana proses perkembangan remaja melibatkan masa yang panjang. Ketekalan intervensi/ rawatan dalam jangka panjang perlu dikaji.

Kebimbangan sosial didapati berkait rapat dengan pelbagai masalah tingkah laku seperti ponteng sekolah dan sebagainya. Kajian ini hanya melihat kesan PKTKK dan tidak mengkaji sejauh mana keseimbangan sosial memberikan kesan atau berkaitan dengan masalah tingkah laku remaja. Oleh itu dicadangkan satu kajian korelasi dilakukan agar satu set data yang lebih tepat diperoleh berdasarkan sampel tempatan berkenaan dengan kaitan keseimbangan sosial dan masalah tingkah laku remaja.

6.12 Rumusan

Sejak kebelakangan ini, masyarakat sering dikejutkan oleh pelbagai masalah yang berkaitan dengan remaja akibat tekanan dan gangguan emosi. Kejadian kes bunuh diri yang melibatkan remaja sekolah amat membimbangkan semua pihak. Kajian menunjukkan terdapat perkaitan antara kebimbangan sosial dengan masalah tingkah laku yang dialami remaja. Kajian ini melihat kesan Pendekatan Kognitif Tingkah Laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap kebimbangan sosial. Kajian ini juga merupakan satu usaha alternatif bagi menangani masalah tingkah laku remaja masa kini. Usaha untuk mengenal pasti masalah remaja pada peringkat awal dan memberikan rawatan sudah tentu membantu remaja itu sendiri, pihak sekolah, masyarakat, dan negara bagi membendung masalah sosial.

Sekiranya masalah remaja dapat ditangani sudah tentu kejayaan ini merupakan satu sumbangan besar kepada negara kerana dapat melahirkan remaja yang berkualiti sebagai pemimpin negara. Kajian ini menterjemahkan penyelidikan dan teori kepada amalan praktikal berdasarkan pembinaan modul PKTKK bagi meningkatkan kemahiran pelajar sekolah. Murid sekolah seharusnya dibimbing dan dibantu dengan memberikan kemahiran yang baik kepada mereka untuk mendepani pelbagai cabaran. Bimbingan kepada murid melalui unit kaunseling dengan menggunakan PKTKK ialah satu keperluan yang perlu disedari oleh kaunselor dan pihak sekolah agar dapat meningkatkan kesejahteraan psikologi murid sekolah yang sudah tentu memberikan impak selanjutnya kepada pencapaian akademik mereka dan membanteras masalah kurang sihat yang sering

berlaku di sekolah. Modul yang telah dihasilkan dapat diguna pakai sebagai satu pendekatan bagi membimbing murid. Teknik yang terdapat dalam modul ini seperti penstrukturan semula kognitif perlu diajarkan kepada murid agar mereka dapat mengubah cara mereka melihat sesuatu dengan berasaskan tujuan mereka dilahirkan di dunia. Sebagai mana yang dinyatakan oleh Corey (2004), seseorang itu tidak mungkin dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi selagi tidak begitu pasti sebab mereka dilahirkan ke dunia.

Sebagai kesimpulan, kajian ini dapat memberikan sumbangan dari segi konseptual dan praktikal tentang keseimbangan sosial dan kauseling terutama Pendekatan Kognitif Tingkah Laku. Diharapkan kajian ini menjadi pendorong kepada kajian lanjutan dalam bidang ini pada masa akan datang

Rujukan

- Abdul Halim Othman, Md Shuib Che Din, & Sapora Sipon. (2000). Latihan kaunseling di Malaysia: Satu ulasan dan cadangan. *Jurnal PERKAMA*, 8, 137-152.
- Abdul Malek Haji Abdul Rahman. (2004). *Kesan kaunseling kelompok tingkah laku kognitif dalam merawat tingkah laku langsung buli di kalangan pelajar sekolah menengah*. Tesis Doktor falsafah UKM yang tidak diterbitkan.
- Addis, M. E., Hatgis, C., Krasnow, A. D., Jacob, K., Bourne, L., & Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a manage care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 625-631.
- Agensi Dadah Kebangsaan. (2003). *Laporan Agensi Dadah Kebangsaan 2003*. Kuala Lumpur: Agensi Dadah Kebangsaan, Kementerian Dalam Negeri, Malaysia.
- Agensi Dadah Kebangsaan. (2010). *Laporan Agensi Dadah Kebangsaan 2010*. Kuala Lumpur: Agensi Dadah Kebangsaan, Kementerian Dalam Negeri, Malaysia.
- Ahmad Jazimin Jusoh. (2008). *Penggunaan terapi realiti dalam kalangan kaunselor di Malaysia*. Tesis Doktor falsafah UKM. Tidak diterbitkan.

- Albano, A. M. (2000). Treatment of social phobia in adolescence: Cognitive behavioral programs focused on intervention and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 14*, 67-76.
- Albano, A. M., & Detweiler (2001). The development and the clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. Dlm. S.G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social phobia and social anxiety: An integration* (hh. 162-178). New York, NY: Plenum Press.
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry, 14*, 129-134.
- Albano, A. M., Hayward, C., Henderson, L., Schatzberg, A. E., Thienemann, M., & Varady, S. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Result of pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(6), 721-726.
- Alden, L. E., & Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 53-64.
- Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy, 24*, 357-376.
- Alden, L. E., & Phillips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 499-513.

Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia.

Clinical Psychology Review, 24, 857-882.

Alden, L. E., Teschuk, M., & Tee, K. (1992). Public self-awareness and

withdrawal from social interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*,

249-267.

Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex

scales for the Inventory for Interpersonal Problems. *Journal of Personality*

Assessment, 55, 521-536.

Ammerman, R. T., & Hersen, M. (1986). Effects of scene manipulation on role-

play test behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral*

Assessment, 8, 55-67.

American Psychiatric Association. (1994). *Dignostic and statistical manual of*

mental disorder (4th ed). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Dignostic and statistical manual of*

mental disorder (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Anastasia, A. (1982). *Psychological testing* (5th ed.). New York, NY: Macmillan.

Anderson, J. A. (2001). A comparison of the academic progress of student with

EDB and student with LD. *Journal of Emotional and Behavioral*

Disorder, 9(2), 106-116.

Arkin, R. M., Lake, E. A., & Baumgardner, A. H. (1986). Shyness and self-

presentation Dlm. W. H. Jones, J. M. Cheek & S. R. Briggs (Eds.),

Shyness: Perspectives on research and treatment (hh. 189-203). New York, NY: Plenum.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt D. J., Bobes, J. Biedel, D. C., & Westernberg, H. G. (1998). Consensus statement on social anxiety from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 54-60.

Baumeister, R. F., Twenge, J. M., & Nuss, C. K. (2002). Effect of social exclusion on cognitive processes: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 817-827.

Beatty, M. J., Heisel, A. D., Levine, T. R., & La France, B. H. (2002). What we can learn from the study of twins about genetic and environmental influences and social anxiety. A meta analytic study. *Communication Monograph*, 69, 1-18.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York, NY: Guilford.

Belloch, A., Morillo, C., & Gimenez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: Beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841-857.

- Belsky, J., & Park, S. Y. (2000). Exploring reciprocal parent and child effects in the case of child inhibition in US and Korean samples. *International Journal of Behavioural Development*, 24(3), 338-347.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Biedel, D. C., & Morris, T. L. (1995). Social phobia. Dlm. J. S. March (Ed.), *Anxiety disorder in children and adolescents* (hh. 181-211). New York, NY: Guilford Press.
- Biedel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington DC: American Psychological Association.
- Biedel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research Therapy*, 23,109-117.
- Biedel, D. C., & Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., & Faraone, S. V. (2001). Further evidence of accociation between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1673-1679.

- Blote, A. W., & Westernberg, P. M. (2007). Socially anxious adolescents' perception of treatment by classmate. *Behaviour Research & Therapy*, 45(2), 189-198.
- Bogels, S. M., & Lamers, C. T. J. (2002). The causal role of self-awareness in blushing anxious, socially-anxious, and social phobics individuals. *Behaviour Research & Therapy*, 40, 1367-1384.
- Bogels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention process in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (1992). *Qualitative research for education: An introduction to theory and method* (2nd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Breinholst, S., Esbjorn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes, *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 416-424.
- Brislin, R. W. (1970). Back translation for cross culture research. *Journal of Cross-culture Psychology*, 1, 185-216.
- Britton, E. P. (2006). *A meta analysis of group cognitive behavior therapy for children and adolescents with social phobia*. Unpublished Doctor of Philosophy dissertation, Wright Institute.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 242-248.
- Bucur, D. R. (2007). *Defining the self: Locus of evaluation, self-esteem, and personality*. Doctor of Philosophy thesis, Purdue University.
- Burgio, K. L., Merluzzi, T. V., & Pryor, J. B. (1986). Effects of performance expectancy and self-focused attention on social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 1216-1221.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 65*, 571-581.
- Chansky, T. E., & Kendall, P. C. (1997). Social expectancies and self-perception in children. *Journal of Anxiety Disorder, 11*, 347-363.
- Choprita, B., & Barlow, D. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *American Psychological Association, 124*(1), 3-17.

- Christensen, L. B. (2007). *Experimental methodology* (10th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Christner, R. W., Mennuti, R., & Stewart-Allen, J. (2004). School based cognitive behavioral therapy (CBT). *Pennsylvania Psychologist Quarterly*, 64(8), 22-23.
- Chua Yan Piaw. (2008). *Asas Statistik penyelidikan: Analisis data skala ordinal dan skala nominal*. Kuala Lumpur: McGraw-Hill.
- Chua Yan Piaw. (2009). *Statistik penyelidikan lanjutan*. Kuala Lumpur: McGraw-Hill.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective of social phobia. Dlm. W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (hh. 405-430). New York, NY: Wiley.
- Clark, D. M., Ehler, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92-100.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Dlm R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social*

phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (hh. 69-93). New York, NY: Guilford Press.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2001). *Research methods in education* (5th ed.). London, UK: Routledge Falmer.

Coleman, M., & Vaughn, S. (2000). Reading intervention for students with emotional/behavioral disorders, *Behavioral Disorders*, 25, 93-105.

Coles, E. M., Hart, A. T., & Heimberg, R. G. (2001). Dalam W. R. Crozier & L. E. Alden, *International handbook of social anxiety: Concept, research and intervention relating to the self and shyness*. New York, NY: Wiley.

Corey, G. (2004). *Theory and Practice of counseling and psychotherapy* (6th ed.). London, UK: Brooks/Cole.

Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (7th ed.). London, UK: Brooks/Cole.

Corey, G., & Corey, M. S. (1997). *Groups: Process and practice*. London: Brooks/Cole.

Corey, M. S., & Corey, G. (1987, 2008). *Group process and practice*. London, UK: Brooks/Cole.

Cormier, S., & Nurius, P. S. (2003). *Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (5th ed.). London, UK: Brooks/Cole.

- Creswell, J. W. (2008). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Pearson.
- Crozier, W. R., & Alden, L. E. (2001). *International handbook of social anxiety: Concept, research and intervention relating to the self and shyness*. New York, NY: Wiley.
- Curran, J. P., Little, L. M., & Gilbert, F. S. (1978). Reactivity of males of differing heterosexual social anxiety to female approach and non-approach cue conditions. *Behavior Therapy*, 9, 961.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2004). *Statistics without math for psychologists* (2nd ed.). London, UK: Prentice Hall.
- David, H., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B., Vermeiren, R., & Westernberg, P.M. (2011). School refusal and anxiety in adolescence: Non-randomised trial of a developmentally sensitive behavioral therapy, *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 870-878.
- Davidson, J. R. T. (2000). Social anxiety disorder under scrutiny. *Depression and Anxiety*, 11, 93-98.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.

- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Davila, J., & Beck, J. G. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 33, 427-446.
- Deb, S., Chartejee, P., & Walsh, K. (2010). Anxiety among high school student in India: Comparison across gender, school type, social strata and perceptions of quality time with parents. *Australian Journal of Education & Developmental Psychology*, 10, 18-31.
- De Jong, P. J. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. *Behaviour research and Therapy*, 40, 501-508.
- DePaulo, B. M., Epstein, J. A., & LeMay, C. S. (1990). Responses of the socially anxious to the prospect of interpersonal evaluation. *Journal of Personality*, 58, 623-640.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2001). Historical and philosophical base of the cognitive-behavioral therapies. Dlm. K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-behavioral therapies*. New York, NY: Guilford Press.

- Dodge, C. S., Heimberg, R. G., Nyman, D., & O'Brien, G. T. (1987). Daily heterosocial interactions of high and low socially anxious college students: A diary study. *Behavior Therapy*, 18, 90-96.
- Edelmann, R. J. (1990). *Coping with blushing*. UK: Sheldon Press.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. C., & Safren, S. A. (2001). Quality of life following cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Depression and Anxiety*, 13, 192-193.
- Epstein, M. H., & Cullinan, D. (1994). Characteristics of children with emotional and behavioral disorders in community-based programs designed to prevent placement in residential facilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(1), 51-58.
- Erath, A. S. (2006). *Linking child social anxiety and peer maladjustment: Cognitive and social-behavioral factors*. Tesis Doctor of Philosophy, Pennsylvania State University, yang tidak diterbitkan.
- Fariza Mohd Shah. (2005). *Dakwah kepada remaja yang mengalami tekanan emosi: Kajian di Kajang Selangor Darul Ehsan*. Tesis Doktor Falsafah, Universiti Malaya, yang tidak diterbitkan.
- Federoff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatment of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Fehm, L., & Margraf, J. (2001). Thought suppression: Specificity in agoraphobia

versus broad impairment in social phobia? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 57-66.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuro Psychopharmacology*, 15, 453-462.

Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and the theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 522-527.

Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavioural Therapy*, 26, 695-720.

Flanagan, K. S. (2005). *Understanding social anxiety in early adolescence: The role of peer relations*. Thesis Doctor Falsafah, University of Pennsylvania.

Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996) Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433-439.

Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., Amir, N., & Freshman, M. (2000). Memory bias in generalized social phobia: Remembering negative emotional expressions. *Journal of Anxiety Disorder*, 14, 501-509.

Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (2007). *How to design and evaluate research in Education* (7th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

- Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- Friendler, J. L., Reid, J. G., Noami, S., & Robert, C. (2007). Social support, self-esteem and stress as predictor of adjustment to university among first-year undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48(3), 259-274.
- Gilliland, B. E., & James, R. K. (1998, 2003). *Theories and strategies in counseling and psychotherapy* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Ginsburg, G. S., & Drake, K. L. (2002). School based treatment for anxious African-American adolescents: A controlled pilot study. *Journal of American Child and Adolescent*, 41(7), 768-775.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychological and Science Practice*, 4, 291-306.
- Greenberg, M. T., & Marvin, R. S. (1982). Reaction of preschool children to an adult stranger: A behavioral system approach. *Child Development*, 53, 481-490.

- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2002). Peer victimization, global self-worth and anxiety in middle school children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31, 59-68.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research Therapy*, 38, 601-610.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hansen, J. C., Warner, R. W., & Smith, E. M. (1980). *Group counselling: Theory and process* (2nd ed.). Chicago, IL: Rand McNally.
- Hayes, B. B. (2006). *Comparing the effectiveness of cognitive behavioral group therapy with and without motivational interviewing at reducing the social anxiety, alcohol consumption and negative consequences of socially anxious college students*. Tesis Doktor Falsafah, University of Wisconsin.
- Heimberg, R. G. (2000). Current status of psychotherapeutic intervention for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl 1), 36-42.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York, NY: Guilford.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., & Welkowitz, L. A. (1998). Cognitive Behavioural Group Therapy vs

Phenelzine Therapy for social phobia: 12-week outcome. *General Psychiatry*, 55(12), 1133-1141.

Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of the social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15, 29-37.

Herbert, J. D., & Dalrymple, K. L. (2004). *Acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: A treatment manual*. Unpublished manuscript, Drexel University, Philadelphia, PA.

Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A., Harwell, V., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavior group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.

Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Brandsma, L. (2009). Cognitive behavioral therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial, *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 167-177.

Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 1-8.

Hofmann, S. G. (1999). The value of psychophysiological data for cognitive treatment of panic disorder. *Cognitive Behavior Practice*, 6, 244-248.

- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 392-399.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Choprita, B. F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Journal of Depress Anxiety, 9*, 15-18.
- Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2001). *From social anxiety to social phobia: Multiple perspective*. Needham Heights, MA. Allyn & Bacon.
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H-J., & Taylor, A. N. (2004). Changes in self perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 588-596.
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy of social anxiety disorder: Evidence based and disorder- specific treatment techniques*. New York, NY: Routledge.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1988). Public and private self-consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment, 52*, 626-639
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Turk, C. L. (2000). *Managing Social Anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origin of social phobia. *Behavior Modification, 24*, 102-129.

- Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walter, K. S. (2000). Social anxiety scale for adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(3), 360-371.
- Jones, W. H., & Carpenter, B. N. (1986). Shyness, social behavior, and relationships. In W. H. Jones, J. M. Check, & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 227-238). New York, NY: Plenum Press.
- Kachin, K. E., Newman, M. G., & Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy, 32*, 479-501.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*, 37-61.
- Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry, 58*, 257-265.
- Kerns, C. M., Read, K. L., Klugman, J., & Kendall, P. C. (2013). Cognitive behavioral therapy for youth with social anxiety: Differential short and long-term treatment outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 210-215.

- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 19-27.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walter, E. E. (1999). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity survey. *Psychological Medicine*, 29(3), 555-567.
- Kessler, R. C., Stein, M. B., Murray, B., & Berglund, Patricia. (1998). Social Phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5), 613-619.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, Melinda, S. (1998). The social consequences of psychiatry disorders, III: Probability of marital stability. *The American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1092-1096.
- Khashani, J. H., Golding, J. M., Bunam, A., Hough, R. L., Escobar, J. I., Wells, K. M., & Bouer, R. (1989). Anxiety disorder among Mexican-Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 202-209.
- Kley, K., Heinrich, N., Bender, C., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Predictors of outcome in a cognitive-behavioral group program for children and adolescents with social anxiety disorder, *Journal of Anxiety Disorders* 26, 79-87.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. (2006). *Psychology in context* (3rd ed.). USA: Pearson .

Koster, E. H. W., Rassin, E., Crombez, G., & Naring, G. W. B. (2003). The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 1113-1120.

Kraus, C. A. (2006). *Actual and perceived social support in social anxiety*. Doctor of Philosophy dissertation, University of Lincoln.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder evaluation in a controlled clinical trial. *American Psychologist Association*, 68(6), 957-964.

La Greca, M. A. (1998, 1999). *Social anxiety scale for children and adolescents. Manual and instructions for the SASC, SASC-R, SAS-A (Adolescents), and parent versions of the scale*. University of Miami.

La Greca, M. A., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.

La Greca, M. A., & Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children- Revised: Factor structure and concurrent validity, *Journal of Clinical Psychology*, 22, 17-27.

- Lampe, L., Slade, T., Issakadis, C., & Andrew, G. (2003). Social Phobia in the Australian National Survey Mental Health and well- being. *Psychological Medicine*, 33(4), 637-646.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Social phobia: Prevalence and diagnostic threshold. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 5-10.
- Laporan Kesihatan dan Komorbiditi Kebangsaan. (1996). Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Lazarus, A. A. (1977a). Has behavior therapy outlived its usefulness? *American Psychologist*, 32, 550-554
- Leary, M., Knight, P. D., & Johnson, K. A. (1987). Social anxiety and dyadic conversation: A verbal response analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 34-50.
- Leary, M., & Kowalski, R. M. (1995a). The self-presentational model of social phobia. Dlm. R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (hh. 94-112). New York, NY: Guilford Press.
- Leary, M., & Kowalski, R. M. (1995). *Social anxiety*. New York, NY: Guilford Press.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Psychology Bulletin*, 9, 371-375.

- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg R. G. (2005). *Making Cognitive-Behavioral Therapy work: Clinical process for new practitioners*. New York, NY: Guilford.
- Lerman, A. (2004). *Predictors of social anxiety disorder and contingent self-worth: Behavioral inhibition and relationship with parents and peers during childhood*. Doctor of Philosophy dissertation, Illinois Institute of Technology.
- Lewis, B. A., & O' Neil, H. K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25, 292-299.
- Liebowitz, M. R. (1999). Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl 18), 22-26.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 191-192.
- Lipsitz, J. D., & Scheier, F. R. (2000). Social phobia: Epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, 18, 23-32.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.

Mansell, W., & Clark, D. M. (1999). How do I appear to others? Social anxiety and processing of the observable self. *Behavior Research and Therapy*, 37, 419-434.

Marohaini Yusoff (2004). *Penyelidikan Kualitatif. Pengalaman kerja lapangan kajian*. Kuala Lumpur. Universiti Malaya.

Masia, L. C., Klein, R. G., Storch, G., & Corda, B. (2001). School- based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Result of pilot study. *Journal of the American Academic Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 780-786.

Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56(2), 251-260.

McKeon, M. D. (2005). *The role of alcohol expectancies in the relationship between alcohol use and social anxiety in college students: A social cognitive framework*. Doctor of Philosophy Dissertation, Lincoln university, Nebreska.

Meillings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 243-257.

- Meleshko, K. G. A., & Alden, L. E. (1993). Anxiety and self-disclosure: Toward a motivational model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1000-1009.
- Menutti, B. R., Christner, W. R., Freeman, A., & Beck, Judith S. (2006). *Cognitive Behavioral interventions in educational settings*. New York, NY: Routledge.
- Merriam, S. B. (2001). *Qualitative research and case study application in education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (1994). *Qualitative data analysis* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mohammad Nasir Bistamam. (2006). *Kesan kaunseling kelompok ke atas penyesuaian remaja berisiko*. Tesis Doktor falsafah, UKM, yang tidak diterbitkan.
- Mohd Majid Konting. (1998). *Kaedah penyelidikan Pendidikan* (Edisi ke-4). Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Mohd Najib. (1999). *Penyelidikan pendidikan*. Johor Darul Takzim: Penerbit Universiti Teknologi Malaysia.
- Montgomery, R. L., Haemmerlie, F. M., & Edwards, M. (1991). Social, personal, and interpersonal deficits in socially anxious people. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 859-872.
- Mor, N., & Winguist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 638-662.

- Mounttier, C. Y., & Stein, M. B. (1999). The history, epidemiology and differential diagnosis of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-8.
- Muraven, M. (2005). Self focused attention and self regulation of attention: Implication for personality and pathology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 382-400.
- Muris, P., Meesters, & Melick, M. Y. (2002). Treatment of childhood anxiety disorder: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychology place intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in nonreferred, socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 348-359.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B., & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self reported behavioural inhibition in normal adolescent. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1051-1061.
- Murris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H., & Schouten, E.(2001). Structure of negative emotions in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 331-337.
- Murphy, K. R., & Davidshover, C. O. (1998). *Psychological testing: Principle and application*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Neal, J. A., Edelmann, R. J., & Glanchan, M. (2002). Behavior inhibition and symptom of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 4(4), 361-374.
- Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Mdden, P. A. F., Reich, W., & Heath, A. C. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: Co-morbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychological Medicine*, 30, 797-804.
- Nesse, R. (1998). Emotional disorder in evolutionary perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 397-415
- Neukrug, E. (2003). *The World of counselor: An introduction to the counseling profession*. USA CA: Brooks/Coles.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2006). *Development through life: A psychosocial approach*. Belmont, CA: Thomson.
- Nik Mahmood Nik Hasnaa. (2006). *Kebimbangan komunikasi di kalangan pelajar UTM: Satu realiti atau mitos?* Kertas kerja dibentangkan dalam persidangan Kebangsaan pembangunan pelajar (NESDAC) 2006, 8-9 August 2006. Kuala Lumpur.
- Noor Azniza Ishak. (2004). *Perbandingan kesan intervensi kelompok singkat fokus REBT dan intervensi singkat fokus tingkahlaku*. Tesis Doktor Falsafah, UUM yang tidak diterbitkan.

- Noraini Idris. (2010). *Penyelidikan dalam pendidikan*. Kuala Lumpur: McGraw-Hill.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Analogue observational methods in the assessment of social functioning in adults. *Psychological Assessment*, 13, 59-72.
- Oakman, J., Gifford, S., & Chlebowsky, N. (2003). A multilevel analysis of the interpersonal behavior of socially anxious people. *Journal of Personality*, 71, 397-434.
- O'Donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (2003). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. London, UK: Wiley.
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental and psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 44-58
- Orsillo, S., & Roemer, L. D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive of Behavioral Practice*, 10, 222-230.
- Othman Mohammad. (2005). *Prinsip psikoterapi dan pengurusan dalam kaunseling*. Serdang: Penerbit UPM.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McArdle, E. T., Rosenbaum, J. F., & Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the

efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.

Person, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York, NY: Norton.

Phillips, A. G., & Silvia, P. J. (2005). Self awareness and the emotional consequences of self-discrepancies. *Personality and Psychology Bulletin*, 31, 703-713.

Puleo, C. M., Conner, B. T., Benjamin, C. L., & Kendall, P. C. (2011). CBT for childhood anxiety and substance use at 7.4 year follow-up: A reassessment controlling for known predictors, *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 690-696.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2002). Relationships between learning difficulties and psychological problems in pre adolescent children from a longitudinal sample. Dalam S. Lancaster (Ed.), *Understanding children and families* (pp. 205-209). Brisbane: Australian Academic Press.

Prout, H. T., & Brown, T. D. (2007). *Counseling and Psychotherapy with children and adolescents. Theory and practice for school and clinical settings* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S., & Swinson, R. P. (2001). Social anxiety in college students. *Anxiety Disorder*, 15, 203-215.

- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. Dlm. R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (hh. 41-66). New York, NY: Guilford Press.
- Rapee, R. M., & Hayman, K. (1996). The effect of video feedback on the self evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Spence, H. S. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 172-178.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology Reveiw*, 24, 883-908.
- Rogers, D. (1972). *Adolescents and youth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W.T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the

- National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Sanders, D., & Wills, F. (2006). *Cognitive therapy* (2nd ed.). London, UK: Sage.
- Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). *A therapist's manual of cognitive therapy in groups*. New York, NY: Plenum Press.
- Schantzberg, A. F., Samson, J. A., Rothschild, A. J., Bond, T. C., & Regier, T. A. (1998). McLean Hospital depression research facility: Early onset phobic disorder and adult onset major depression. *British Journal Psychiatry* (suppl), 29-34.
- Scheier, F. R. (2003). Social anxiety disorder. *British Medical Journal*, 327, 515-516.
- Scheier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). The Self-Consciousness Scale: A revised version for use with general population. *Journal of Applied Social Psychology*, 15(8), 687-699.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.

- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social phobia: Nature and treatment. Dalam H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social evaluation anxiety* (hh. 269-324). New York, NY: Plenum.
- See Ching Mey. (2009). Terapi kognitif tingkah laku. Dalam See Ching Mey, Othman Mohamed, Suradi Salim, Md Shuaib Che Din, & Fatimah Yusoooff, *Pendekatan kaunseling*. Kuala Lumpur: Lembaga Kaunselor Malaysia.
- See Ching Mey, & Lee Siew Siew. (2005). Kemurungan di kalangan pelajar: Satu kajian kes. *Journal of Educator and Education*, 20, 113-129.
- See Ching Mey, & Tan Sin Keat. (2005). Tahap dan corak kemurungan di kalangan pelajar tingkatan enam: Satu kajian kes. *Jurnal PERKAMA*, 11, 39-45.
- Seeley, E. (2007). *HPA-AXIS responses to an interpersonal stress task among socially anxious older adolescents*. Doctor of Philosophy dissertation, University of Massachusetts.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sidek Mohd Noh. (2002). *Reka bentuk penyelidikan: Falsafah, teori dan praktis*. Serdang: UPM.

- Smith, A. J., & Inderbitzen-Nolan, H. M. (November, 2004). Poster presented at the 38th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy in New Orleans, LA.
- Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist, 34*, 13-79.
- Snell, W. E., Jr. (1989). Willingness to self-disclose to female and male friends as a function of social anxiety and gender. *Personality and Social Psychology Bulletin, 15*, 113-125.
- Spatz, C., & Kardas, E. (2008). *Research methods: Ideas, techniques & reports*. New York, NY: McGraw Hill.
- Spector, I., Pecknold, J. C., & Libman, E. (2003). Selective attentional bias related to the noticeable aspect of anxiety symptoms in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 517-531.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skill, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 211-221.
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review, 22*, 947-975.
- Stanberger, T. R., Turner, S. M., Biedel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 526-531.

- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 991-1007.
- Stein, M. B., Chavira, D. A., & Jang, K. L. (2001). Bringing up bashful baby: Developmental pathways to social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 661-676.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(4), 219-224.
- Stein, M. B., & Kean, Y. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2001). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Laffaye, C., & MacCahill, M. E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice*, 48, 514-519.
- Stein, M. B., & Walker, R. J. (2001). *Triumph over shyness: Conquering shyness and social anxiety*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behavior Research & Therapy*, 38, 273-283.
- Strahan, E. Y. (2003). The effects of social anxiety and social skills on academic performance. *Personality and Individual Differences*, 34, 347-366.
- Sumarni Junin. (2000). *Kebimbangan dan punca-punca keimbangan di kalangan pelajar-pelajar di sebuah sekolah menengah harian*. Disertasi Sarjana Pendidikan, Universiti Malaya yang tidak diterbitkan.
- Suradi Salim. (2005). Hala tuju penyelidikan kaunseling di Malaysia. *Jurnal PERKAMA*, 11, 1-5.
- Taylor, S. (1996). Meta analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Taylor, S., & Wald, J. (2003). Expectations and attributions in social anxiety disorder: Diagnostic distinction and relationship to general anxiety and depression. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 166-178.
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2006). *Social psychology* (12th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Pearson.
- Teasdale, D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S.

(2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of consulting & Clinical Psychology, 69*, 347-357.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal,

Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of consulting & Clinical Psychology, 70*, 275-287.

Tao, S., Dong, Pratt, M. W., Hunsberger, B., & Pancer, S. M. (2000). Social support: Relation to coping and adjustment during the transition to university in the People's Republic of China. *Journal of Adolescence Research, 15*(1), 123-144.

Theinemann, M. (2005). Group Psychotherapy. Dalam B. J. Saddock, & V. A. Saddock, (Eds.), *Kaplan & Saddock's comprehensive textbook of Psychiatry* (hh. 3342-3351). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Thomas, R. M. (2003). *Blending qualitative and quantitative research methods in thesis and dissertation*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Thompson, C. L., & Henderson, D. A. (2007). *Counseling children* (6th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

- Thompson, R. A., & Limber, S. P. (1990). Social anxiety in infancy: Stranger and separation anxiety. Dalam H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social anxiety*. New York, NY: Plenum.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Velting, O. N., & Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 127-140.
- Vernon, A. (2004). Using cognitive behavioral techniques. Dalam B. T. Erford (Ed.), *Professional school counseling: A handbook of theories, program & practices* (pp. 91-99). Austin, TX: CAPS press.
- Vriend, J., & Dyer, W. (1973). *Counseling effectively in groups*. Englewood Cliffs, New York, NJ: Educational Technology.
- Walker, J. R., & Kjernisted, K. D. (2000). Fear: The impact and treatment of social phobia. *Journal of Psychopharmacology*, 14, 13-23.
- Walter, C. R. (2006). *Self focus, perfectionist and memory for emotion in social anxiety*. Doctor of Philosophy Dissertation, Catholic University of America.

- Wan Abdul Kadir Wan Ahmad. (1994). *Kaunseling kelompok berstruktur pengurangan kebimbangan sosial*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Wan Ghazali Wan Din. (2000). *Gangguan emosi dan kaitan dengan kenakalan remaja*. Disertasi Sarjana Pendidikan, Universiti Malaya yang tidak diterbitkan.
- Watson, D., & Friends, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weiss, D. D., & Last, C. G. (2001). Developmental variation in the prevalence and manifestation of anxiety disorder. Dalam M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (hh. 27-42). Oxford University Press.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effect of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and belief in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- West, A. E. (2004). *The experience of social anxiety in native American adolescents*. Doctor of Philosophy Dissertation, University of Virginia.

- Wise, E. H., & Haynes, S. N. (1983). Cognitive treatment of test anxiety: Rational restructuring versus attentional training. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 69-78.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Standford University Press.
- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self -focused attention in the treatment of social phobia. *Behavioral Cognitive Therapy and Research*, 35, 117-129.
- Woody, S. R., & Rodriguez, B. F. (2000). Self -focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lancer, G.(1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28(1), 109-126.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychology Medical*, 29, 309-323.

Yaloom, I. D. (1995). *The theory and practice of group Psychotherapy* (4th ed.).
New York, NY: Basic Books.

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand
Oaks, CA: Sage.

LAMPIRAN A

SOAL SELIDIK

Kod peserta -----

BAHAGIAN A :Maklumat Demografi

Arahan : Sila jawab semua soalan. Tandakan / pada ruangan yang disediakan atau tulis respon anda pada ruangan yang disediakan.

1. Jantina ☐ lelaki
☐ perempuan
2. Agama ☐
☐ Islam
☐ Buddha
☐ Hindu
☐ Lain-lain (nyatakan) _____
3. Bangsa ☐
☐ Melayu
☐ Cina
☐ India
☐ lain-lain (nyatakan) _____
4. Tingkatan dan aliran (nyatakan) _____
5. Tahap pendidikan ibu
☐ ijazah
☐ Diploma
☐ Peringkat sekolah menengah (STPM/SPM/PMR)
☐ Peringkat sekolah rendah
6. Tahap pendidikan bapa
☐ ijazah
☐ Diploma
☐ Peringkat sekolah menengah (STPM/SPM/PMR)
☐ Peringkat sekolah rendah

8. Pernahkah anda mengalami simpton ketidakimbangan sosial seperti di bawah apabila anda berada di dalam sesuatu situasi yang sukar (contoh: bercakap kepada pengetua, membuat persembahan di khalayak ramai, bertanya soalan di dalam kelas dan sebagainya).

9.

Pernyataan	Ya	Tidak
1.Muka menjadi merah padam		
2.Badan terasa sangat panas		
3. Badan terasa sangat sejuk		
4. Tangan berpeluh		
5. Tangan atau badan menggeletar		
6. Jantung berdenyut dengan cepat		
7. Dada terasa sakit dan tidak selesa		
8. Perut terasa sakit		
9. Mulut menjadi kering		
10. Rasa seperti ingin ke tandas		
11. Rasa seperti akan pitam		
12. Rasa pening dan tidak stabil		
13. Badan terasa kaku		
14. Rasa sukar untuk bernafas		
15. Berasa sukar untuk menelan		
16. Rasa seperti khayal		
17. Badan terasa seolah-olah tidak bergerak		
18. Fikiran terasa kosong		
19. Sukar untuk memberi perhatian		
20. Otot terasa tegang		
21. lain-lain nyatakan: 1. 2. 3.		

8. Manakah situasi di bawah yang cuba anda elak.? Sejauhmanakah anda cuba mengelak situasi tersebut? Tandakan (**ya/tidak**) **pada ruangan yang anda rasa paling tepat menggambarkan diri anda**

<i>Situasi yang cuba saya elak</i>	<i>YA</i>	<i>TIDAK</i>
1. Bertentang mata dengan orang yang tidak dikenali		
2. Bercakap/berucap di depan kelompok besar		
3. Bercakap/berucap di depan kelompok kecil		
4. Menjadi tumpuan orang ramai		
5. Menghadiri sesuatu perjumpaan sosial umum		
6. Menghadir sesuatu majlis		
7. Makan di kalayak umum		
8. Bercakap dengan orang yang lebih berkuasa (contoh :guru, pengetua)		
9. Bercakap dengan orang yang anda minat		
10. Memulangkan sesuatu ke kedai atau pasaraya		
11. Menulis di depan orang lain		
12. Apabila seseorang memerhati saya melakukan sesuatu		
13. Bertanyakan soalan di dalam kelas @ semasa mesyuarat		
14. Mengajak rakan ke rumah		
15. Mengajak ahli keluarga ke rumah		
16. Menelefon seseorang yang saya kenali		
17. Menelefon seseorang yang saya tidak kenali		
18. Bertanyakan maklumat dari seseorang		
19. Menyatakan anda tidak bersetuju dengan seseorang		
20. lain-lain		

BAHAGIAN B : Skala Kebimbangan Sosial Untuk Remaja (SKSR)

Sila baca pernyataan di bawah dan **bulatkan** (O) pada indikator yang anda rasa paling tepat menggambarkan diri anda:

1 = AMAT TIDAK SETUJU ; 2 = TIDAK SETUJU ; 3 = HAMPIR SETUJU;
4 = SETUJU ; 5= AMAT SETUJU

Pernyataan menggambarkan diri anda	AT S	T S	H S	S	A S
1. Saya bimbang melakukan sesuatu yang baharu di hadapan orang lain	1	2	3	4	5
2. Saya suka melakukan perkara bersama-sama kawan-kawan saya	1	2	3	4	5
3. Saya bimbang jika diusik	1	2	3	4	5
4. Saya segan bergaul dengan orang yang tidak saya kenali	1	2	3	4	5
5. Saya hanya bercakap dengan orang yang saya kenali	1	2	3	4	5
6. Saya syak rakan-rakan sebaya mengumpat saya di belakang	1	2	3	4	5
7. Saya gemar membaca	1	2	3	4	5
8. Saya risau apa pandangan orang lain tentang saya	1	2	3	4	5
9. Saya takut orang lain tidak akan menyukai saya	1	2	3	4	5
10. Saya rasa berdebar bila bercakap dengan rakan sebaya yang tidak dikenali	1	2	3	4	5
11. Saya suka bersukan	1	2	3	4	5
12. Saya risau apa yang diperkatakan orang lain tentang saya	1	2	3	4	5
13. Saya rasa berdebar apabila berjumpa dengan orang yang baru dikenali	1	2	3	4	5
14. Saya bimbang orang lain tidak akan menyukai saya	1	2	3	4	5
15. Saya tidak bercakap apabila berada dalam kalangan orang lain	1	2	3	4	5
16. Saya suka melakukan perkara bersendirian	1	2	3	4	5
17. Saya merasakan bahawa orang lain suka mengejek saya	1	2	3	4	5
18. Jika bertelagah, saya takut orang itu tidak akan menyukai saya	1	2	3	4	5
19. Saya bimbang mengajak orang lain untuk bekerjasama kerana takut orang itu menolak pelawaan saya	1	2	3	4	5
20. Saya rasa berdebar apabila berhadapan dengan orang tertentu	1	2	3	4	5
21. Saya segan walaupun bergaul dengan rakan sebaya yang dikenali	1	2	3	4	5
22. Amat sukar untuk saya meminta bantuan orang melakukan sesuatu	1	2	3	4	5

BAHAGIAN C : Skala Kesedaran Kendiri (SKK)

Sila jawab soalan-soalan berikut tentang diri anda dengan menandakan angka berkenaan yang ada kaitan dengan soalan itu. Untuk setiap pernyataan, sila tandakan ciri-ciri keperibadian anda menggunakan skala berikut:

1= Sangat Tidak setuju 2= Tidak setuju 3= Hampir setuju
4= setuju 5= Sangat setuju

Pernyataan ciri-ciri peribadi anda	STS	TS	HS	S	SS
1. Saya sering cuba untuk mengenali diri sendiri	1	2	3	4	5
2. Saya amat mengambil berat cara saya melakukan sesuatu	1	2	3	4	5
3. Secara keseluruhannya, saya kurang mengenali diri sendiri	1	2	3	4	5
4. Adalah memakan masa untuk saya mengatasi keseganan saya dalam situasi yang baru	1	2	3	4	5
5. Saya banyak bermuhasabah (menilai) diri	1	2	3	4	5
6. Saya mengambil berat cara penampilan diri saya	1	2	3	4	5
7. Saya sering menjadi idola dalam khayalan diri saya	1	2	3	4	5
8. Saya tidak selesa melakukan sesuatu kerja jika diperhatikan oleh orang lain	1	2	3	4	5
9. Saya tidak pernah mengkaji tentang diri sendiri	1	2	3	4	5
10. Saya amat mudah merasa malu	1	2	3	4	5
11. Saya sering perasan akan penampilan diri sendiri	1	2	3	4	5
12. Saya tidak merasa kekok untuk berbicara dengan orang yang tidak dikenali	1	2	3	4	5
13. Saya selalunya mengambil berat tentang rasa hati diri sendiri	1	2	3	4	5
14. Saya sering risau untuk mengambil hati orang lain	1	2	3	4	5
15. Saya sentiasa menilai akan matlamat-matlamat saya	1	2	3	4	5
16. Saya merasa gelabah(takut) apabila berucap di khalayak ramai	1	2	3	4	5
17. Perkara terakhir yang saya lakukan sebelum meninggalkan rumah ialah melihat diri di dalam cermin	1	2	3	4	5
18. Kadang-kadang saya merasakan bahawa saya sedang memerhatikan diri saya dari suatu sudut yang lain	1	2	3	4	5
19. Saya amat mengambil berat tentang pandangan orang lain terhadap diri saya	1	2	3	4	5
20. Saya amat peka terhadap perubahan perasaan saya	1	2	3	4	5
21. Selalunya saya mengetahui akan keadaan penampilan diri saya	1	2	3	4	5
22. Saya memahami cara minda saya berfungsi apabila saya cuba untuk mengatasi sesuatu pemasalahan	1	2	3	4	5

LAMPIRAN B

PROTOKOL TEMU BUAL

Temu bual (Rawatan Pra)

1. Pernahkah anda mengalami sesuatu situasi yang menyebabkan anda berasa takut, bimbang , risau dan sebagainya? Boleh anda kongsi pengalaman tersebut?
2. Jika diberi skala 1 hingga 10 (1 paling rendah dan 10 paling tinggi) berapakah tahap kerisauan ketakutan anda?
3. Apakah yang anda fikirkan sehingga menyebabkan anda rasa takut atau bimbang?
4. Apakah yang anda terfikir untuk melakukan apabila berdepan dengan situasi tersebut?
5. Apakah yang anda fikirkan dan rasakan saat itu?
6. Pernahkah anda terfikir perasaan takut dan bimbang ini kadang-kadang mengganggu aktiviti harian anda dan kehidupan anda?
7. Pernahkan anda berkongsi rasa takut dan bimbang anda dengan orang lain?
8. Bagaimana hubungan anda dengan rakan-rakan anda?

Temu bual (Rawatan Pos)

1. Setelah mengikuti sesi kaunseling, sejauhmana anda memahami kesan kebimbangan sosial terhadap anda?
2. Jika diberi skala 1 hingga 10 berapakah tahap kebimbangan anda sekarang?
3. Sejauhmana sesi kaunseling in bermanfaat untuk anda?
4. Apakah teknik yang anda rasakan paling sesuai bagi anda?
5. Bagaimana anda membina hubungan dengan rakan-rakan anda?
6. Apakah aspek diri anda yang telah dan cuba anda perbaiki?

LAMPIRAN C

SURAT PERSETUJUAN IBU BAPA /PENJAGA (KEBENARAN ANAK MENGIKUTI SESI KAUNSELING KELOMPOK)

PERSETUJUAN IBU BAPA/PENJAGA

Saya _____ ibu/ bapa / penjaga bersetuju / tidak

bersetuju anak / anak jagaan saya bernama _____

Tingkatan_____mengambil bahagian dalam kajian keberkesanan
kaunseling kelompok pendekatan tingkahlaku kognitif mengurangi kebimbangan sosial
anjuran pihak sekolah yang akan dikendalikan oleh pelajar Doktor Falsafah Universiti
Malaya.

Yang benar

.....

(Nama: _____)

LAMPIRAN D

Borang Makluman Berpengetahuan (*Inform Consent form*)

Kajian ini bertujuan untuk melihat kebimbangan sosial dalam kalangan pelajar-pelajar remaja dan bagaimana kaunseling kelompok pendekatan tingkahlaku kognitif yang diberikan dapat mengurangi kebimbangan sosial dan seterusnya membantu anda membuat penyesuaian di sekolah. Mereka yang bersetuju untuk melibatkan diri di dalam kajian ini perlu melengkapkan beberapa instrument kajian yang digunakan untuk membuat penilaian intervensi. Maklumat yang anda berikan amat penting untuk menilai halatuju rawatan untuk kebimbangan sosial pada masa akan datang. Kita tidak dapat menjalankan kajian ini tanpa kerjasama dari anda semua.

Melengkapkan soalselidik ini adalah secara sukarela. Anda boleh memilih untuk melibatkan diri atau menarik diri pada bila-bila masa.

Segala maklumat yang anda berikan adalah rahsia. Nama anda hanya terpapar di dalam borang makluman ini sahaja dan akan disimpan secara berasingan daripada data-data atau maklumat lain. Data hanya dilaporkan secara kumpulan sahaja.

Tiada apa-apa risiko yang ditanggung dengan melengkapkan soalselidik ini. Walau bagaimana pun sekiranya melengkapkan soalselidik ini memberi tekanan kepada anda sila berbincang dengan pengkaji.

Dapatan daripada kajian ini boleh digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan memperbaiki rawatan kaunseling kelompok di masa akan datang.

Sekiranya anda mempunyai sebarang masalah anda boleh menghubungi pengkaji di talian 019-3803212

Sekiranya anda bersetuju sila tandatangani borang makluman ini.

Saya telah membaca dan memahami segala keterangan di atas dan bersetuju untuk mengambil bahagian di dalam kajian ini.

Nama:

Tandatangan

Tarikh

LAMPIRAN E

Perjanjian Kerahsiaan Kumpulan

1. Instrumen ini adalah perjanjian kerahsiaan dalam kalangan ahli-ahli kumpulan ini bertujuan untuk mengurangkan tahap kebimbangan dalam kalangan ahli-ahli kumpulan.
2. Setiap ahli mengakui bahawa terdapat kepentingan untuk mengekalkan kerahsiaan maklumat dalam kumpulan.
3. Untuk tujuan pencapaian matlamat penubuhan kumpulan ini, semua maklumat yang dikongsikan dengan ahli yang lain oleh seseorang ahli itu dianggap sebagai maklumat peribadi dan harus dirahsiakan.
4. Untuk menjadi seorang ahli dan mengekalkan keahlian dalam kumpulan, setiap individu itu harus bersetuju untuk memastikan kerahsiaan maklumat-maklumat ini. Maklumat yang diperolehi berkenaan seseorang ahli yang lain tidak boleh dikongsikan dengan orang lain. Maklumat itu harus kekal berada di dalam pengetahuan kumpulan dan tidak akan diberitahu atau disebarkan kepada orang lain.
5. Sekiranya anda bersetuju dengan syarat-syarat ini, sila nyatakan persetujuan anda dengan menandatangani ruang yang tersedia di bawah:

Tanda tangan

Tarikh

**MODUL RAWATAN
PENDEKATAN KOGNITIF
TINGKAH LAKU DALAM
KAUNSELING KELOMPOK
BAGI MENANGANI
KEBIMBANGAN SOSIAL
REMAJA**

Disediakan oleh :

MAHZAM BT. MOHD SAAD

PENYELIA:

PROF. DR. SURADI SALIM

Pengenalan

Kajian ini adalah bertujuan untuk melihat kesan Pendekatan Kognitif Tingkah laku dalam Kaunseling Kelompok terhadap kebimbangan sosial remaja. Oleh itu modul ini dibina bertujuan untuk memberikan rawatan kepada pelajar-pelajar yang telah dikenal pasti mengalami kebimbangan sosial. Kesan modul ini dilihat sama ada terdapat pengurangan dalam skor Skala Kebimbangan Sosial Remaja (yang mengukur kebimbangan sosial), dan skor Skala Kesedaran Kendiri (yang mengukur perhatian fokus sendiri remaja). Kesan modul ini dilihat berdasarkan perbezaan min ujian pra dan pos serta saiz kesan (*effect size*) pemboleh ubah yang dikaji. Kajian dijalankan terhadap pelajar tingkatan enam sekolah menengah agama.

Pelbagai teknik digunakan di dalam rawatan kognitif tingkah laku antaranya psikopendidikan, latihan pendedahan (*exposure*), latihan relaksasi, latihan kemahiran sosial, penstrukturan semula kognitif dan sebagainya. Walau bagaimana pun di dalam kajian ini pengkaji hanya menghadkan penggunaan beberapa teknik sahaja, iaitu psikopendidikan, latihan pendedahan, latihan relaksasi, dan penstrukturan semula kognitif berdasarkan keberkesanan teknik-teknik tersebut daripada sorotan kajian lampau.

Dalam kajian ini, Modul Kaunseling Kelompok menggunakan Pendekatan Kognitif Tingkah laku adalah berasaskan kepada prosedur Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku bagi kebimbangan sosial (Ledley, Marx dan Heimberg ,2005). Dalam Modul Terapi Kumpulan Kognitif Tingkah laku tiga komponen utama bagi rawatan kebimbangan sosial diberikan penekanan iaitu latihan penstrukturan semula kognitif, latihan pendedahan dan kerja rumah sebagai tugas untuk memantapkan pendedahan dan pensturukturan semula kognitif (Coles, Hart dan Heimberg, 2005). Di dalam modul ini pengkaji juga memasukkan latihan relaksasi

sebagai satu daripada teknik bagi menangani kebimbangan sosial berdasarkan kajian yang menunjukkan latihan relaksasi juga dapat membantu dalam merawat kebimbangan (Rodebaugh, Holaway dan Heimberg, 2004). Sesi kaunseling yang akan dijalankan ialah sebanyak 8 sesi.

Sesi 1: (Pengenalan dan psikopendidikan)

Masa: 1 jam 30 minit

- Pengenalan
- Format kumpulan (peraturan asas kumpulan dan persetujuan)
- Penerangan tentang kebimbangan sosial dan rasional rawatan (lampiran 1)
- Kerja rumah (menyenaraikan beberapa situasi yang mendatangkan kebimbangan)
- Melengkapkan borang penyelidikan (SKSR,SKK)

Langkah:

1. Kaunselor memulakan sesi dengan memperkenalkan diri dan aktiviti membina hubungan bagi tujuan membina rapoo (Aktiviti terpuang kepada kreativiti kaunselor)
2. Kaunselor seterusnya akan menerangkan format kumpulan. Sesi kaunseling yang dijalankan ini memakan masa selama lapan minggu. Kaunselor juga menerangkan perkara yang akan dilakukan selama tujuh minggu berikutnya dan apa faedah yang perolehi oleh mereka serta tanggungjawab yang perlu dilakukan.
3. Kaunselor selanjutnya akan menerangkan peraturan asas kumpulan, iaitu dari segi kehadiran, ketepatan masa, kerja rumah, penglibatan, dan kerahsiaan.
4. Kaunselor juga akan mengedarkan borang persetujuan mengikuti sesi.
5. Seterusnya kaunselor akan menerangkan kebimbangan sosial, rasional rawatan, dan bentuk rawatan yang akan diberikan sepanjang 7 sesi berikutnya (Rujuki Lampiran 1 dan gambar rajah). Kaunselor kemudian berkongsi pengalaman dengan menceritakan situasi-situasi yang pernah dialaminya. Kaunselor juga meminta beberapa ahli berkongsi tentang pengalaman kebimbangan. Kaunselor menghuraikan bagaimana keadaan ini memberikan kesan dari segi fisiologikal, kognitif dan tingkah laku dengan membentuk satu lingkaran (Lihat Rajah: 2 pada lampiran).
6. Kaunselor meminta pelajar menyenaraikan beberapa situasi yang mendatangkan kebimbangan sebagai kerja rumah dan membina lingkaran kebimbangan seperti Rajah 2.
7. Pelajar seterusnya diminta mengisi borang SKSR dan SKK.

Sesi 2: (Latihan pendedahan (*exposure*))

Masa: 1 jam 30 minit

- Menyemak kerja rumah: Melabel dan mempersoalkan kesilapan-kesilapan berfikir dalam pemikiran-pemikiran automatik yang dikenal pasti.
- Berdepan dengan situasi yang menakutkan melalui sesi-sesi pendedahan
- Membuat Latihan pendedahan
- Mengagihkan kerja rumah :
 - menyenaraikan beberapa situasi yang mendatangkan kebimbangan
 - Melabel dan mempersoalkan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti.

Langkah:

1. Menyemak dan membincangkan kerja rumah daripada sesi sebelumnya.
2. Seterusnya kaunselor meminta pelajar menyenaraikan beberapa situasi yang menyebabkan kebimbangan dan menyusunnya mengikut hierarki iaitu bermula dari yang rendah kebimbangan kepada yang paling tinggi kebimbangan.
3. Kemudian kaunselor meminta ahli memilih situasi yang mendatangkan kebimbangan (yang sederhana mendatangkan kebimbangan daripada hierarki tersebut). Minta ahli secara sukarela berkongsi atau melalui aktiviti pendedahan ini.
4. Setelah dipilih satu daripada situasi (Contohnya, *berbual dengan rakan yang berlainan jantina, memberikan ucapan di khalayak ramai, dan sebagainya*). Minta ahli mengenal pasti apakah pemikiran automatik yang muncul. Cabar pemikiran automatik tersebut dan bina respon yang lebih rasional untuk dibawa ke dalam latihan pendedahan.

5. Sebelum memulakan latihan pendedahan kaunselor meminta ahli membina matlamat yang ingin dicapai dari aktiviti pendedahan nanti. Contoh: *dapat menyatakan kepada rakan yang berlainan tiga perkara tentang dirinya dan bertanya tiga soalan tentang diri rakannya.* (Matlamat yang ingin dicapai perlulah boleh diukur).
6. Ahli melalui aktiviti pendedahan (*Misalnya, meminta ahli berbual dengan rakan yang berlainan jantina yang tidak dikenali*). Aktiviti bergantung kepada hierarki kebimbangan yang dibina ahli.
7. Selepas sesi pendedahan, kaunselor menanyakan ahli sama ada matlamatnya tercapai atau tidak? Adakah terdapat kebimbangan semasa sesi tersebut? Apakah pemikiran automatik yang timbul? Apakah yang telah dipelajari daripada aktiviti tersebut?
8. Kaunselor meminta ahli lain melalui aktiviti ini (bergantung kepada hirarki kebimbangan ahli masing-masing).
9. Kaunselor menamatkan sesi dengan meminta ahli membuat latihan pendedahan di rumah sebagai tugasan (*misalnya membuat latihan berucap di depan cermin*).

Sesi 3 :(Latihan penstrukturan semula kognitif)

Masa : 1 jam 30 minit

- Menyemak kerja rumah
- Latihan penstrukturan semula kognitif :Mengenalpasti pemikiran-pemikiran automatik
- Melihat kesilapan-kesilapan pemikiran. Memperkenalkan konsep kesilapan berfikir (Gunakan Lampiran 2)
- Memperkenalkan proses mempersoalkan pemikiran automatik dan membuat respon rasional (Gunakan Lampiran 3)
- Mengagihkan kerja rumah :
 - menyenaraikan beberapa situasi yang mendatangkan kebimbangan
 - Melabel dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran automatik yang dikenal pasti.

Langkah:

1. Kaunselor meminta setiap ahli mendedahkan situasi yang menimbulkan kebimbangan sosial dan berkongsi pengalaman tentang peristiwa yang menimbulkan kebimbangan tersebut.
2. Kaunselor memperkenalkan idea asas perhubungan antara sesuatu peristiwa, pemikiran, dan perasaan (iaitu bagaimana seseorang itu melihat sesuatu peristiwa dan bukannya peristiwa tersebut yang memberikan, kesan negatif dari segi perasaan dan tingkah aku)
3. Kaunselor meminta seorang pelajar (klien) memberikan contoh peristiwa yang telah berlaku kepadanya. Bimbing pelajar mengingati kembali apa yang telah berlaku dan

rekodkan pemikiran dan perasaan yang dialami selepas peristiwa tersebut serta apakah kesan kepada tingkah lakunya. Bantu pelajar melihat bahawa bukannya peristiwa yang memberikan kesan kepada perasaannya dan tingkahlakunya tetapi bagaimana mereka mempersepsikan sesuatu peristiwa yang mempengaruhi perasaan dan tingkah laku mereka. Keadaan ini yang memerlukan seseorang itu menstrukturkan semula kognitifnya.

4. Bantu pelajar tadi mengingati semula perkara yang difikirkan sebelum berlakunya peristiwa tersebut (pemikiran automatik). Senaraikan di papan tulis. Tanya pelajar apakah emosi yang dihasilkan oleh pemikiran automatik tersebut? Setiap orang mempunyai pemikiran automatik negatif.
5. Kaunselor kemudian mengagihkan senarai kesilapan berfikir yang diadaptasi daripada Person (1989). Kaunselor seterusnya membincangkan senarai tersebut dengan ahli kumpulan dengan memberikan beberapa contoh. Seterusnya kaunselor meminta ahli kumpulan mengenal pasti kesilapan berfikir berdasarkan senario yang diberikan dengan menggunakan borang Rekod Pemikiran Automatik (Lampiran 5). Kaunselor menulis senario di papan tulis;

“ Suatu hari Ali mengikuti kelas Biologi dan guru Biologi mengumumkan bahawa setiap pelajar perlu membuat pembentangan di depan kelas. Apakah pemikiran automatik yang mungkin timbul di kepala Ali sebaik sahaja dia mendengar pengumuman tersebut?

Kaunselor meminta setiap ahli memberikan pemikiran automatik yang mungkin timbul. Jelaskan pemikiran automatik tersebut dan bincangkan bersama-sama ahli kumpulan bentuk kesilapan pemikiran dalam contoh tersebut.

6. Kaunselor kemudian menerangkan cara pemikiran automatik (AT) berperanan bagi meningkatkan dan mengekalkan kebimbangan dengan memberikan contoh dari

pengalaman yangalaminya. Bantu pelajar melihat bagaimana perkaitan antara pemikiran, perasaan, dan tingkah laku mengekalkan kebimbangan (rujuki Rajah 2)

7. Kemudian kaunselor memperkenalkan proses membetulkan pemikiran automatik (AT) dan bagaimana membina respon yang lebih rasional. Seterusnya kaunselor membekalkan ahli kumpulan dengan senarai soalan-soalan untuk mempertikaikan kebenaran AT itu yang diadaptasi daripada Sank dan Shaffeer's (1984). Kaunselor dan ahli kumpulan bekerjasama membincangkan senarai soalan mempertikaikan pemikiran automatik dan menggunakan soalan tersebut dalam kes Ali.

Contoh: Ali fikir, “ Orang lain akan ketawakan persembahannya.”. Ahli kumpulan mungkin mempersoalkan “ Adakah saya pasti orang akan ketawakan persembahan saya? . Ali mungkin menjawab, “ Tidak, saya tidak pasti. Malah sebelum ini pun

saya tidak pernah diketawakan.” Oleh itu, respon yang lebih rasional mungkin . “ Orang lain tidak pernah ketawakan persembahan saya sebelum ini, maka mereka mungkin tidak akan ketawakan persembahan saya kali ini”.

8. Kaunselor meminta ahli memberikan contoh-contoh lain berdasarkan pengalaman yang pernah dialami oleh mereka dengan mengenal pasti pemikiran automatik. Apakah kesilapan pemikiran dan bagaimana membentuk respon yang lebih rasional?
9. Kaunselor merumuskan latihan penstrukturan semula kognitif, iaitu pertama mengenal pasti pemikiran automatik, kedua, melabelkan kesilapan pemikiran dan ketiga mempertikaikannya dengan memberikan respon yang lebih rasional.
10. Kaunselor meminta ahli kumpulan menyenaraikan beberapa situasi yang menimbulkan kebimbangan serta melabelkan dan mempertikaikan kesilapan pemikiran bagi mengenal pasti pemikiran automatik sebagai kerja rumah.

Sesi 4 (Latihan relaksasi)

Masa: 1jam 30 minit

- Menyemak kerja rumah
- Menerangkan tujuan latihan relaksasi
- Membuat latihan relaks (Rujuki Lampiran 6)
- Mengagihkan kerja rumah :
 - Membuat latihan bercakap lantang dirumah /di depan cermin
 - Melabel dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran-pemikiran automatik yang dikenal pasti.
 - Membuat latihan relaksasi di rumah

Langkah:

1. Kaunselor memulakan sesi dengan membincangkan kerja rumah atau tugas yang telah diberikan pada minggu sebelumnya.
2. Seterusnya kaunselor memperkenalkan latihan relaks dan menerangkan tujuan latihan relaksasi.
 - Mendidik ahli membezakan rasa kebangkitan fisiologikal dengan rasa relaks
 - Menggunakan latihan relaks untuk mengawal diri, terutama dalam situasi yang tertekan seperti kebimbangan dalam sesuatu situasi sosial.
3. Kaunselor melatih ahli menggunakan latihan relaks (gunakan Lampiran 6). Kaunselor mengulangi aktiviti ini beberapa kali untuk memahirkan ahli menggunakan latihan relaks.
4. Kaunselor meminta ahli membuat latihan relaks di rumah sebagai tugas.

Sesi 5-7 (menggabungkan Latihan relaksasi/*exposure* /penstrukturan semula kognitif)

Masa 1 jam 30 minit

- Menyemak kerja rumah
- Latihan relaks
- Latihan pendedahan : memberikan ucapan spontan di depan ahli kumpulan
- Penstrukturan semula kognitif selepas memberi ucapan spontan
- Mengagihkan kerja rumah :
 - Membuat latihan bercakap pengucapan di depan cermin
 - Melabel dan mempersoalkan kesilapan berfikir dalam pemikiran-pemikiran automatik yang dikenal pasti.
 - Membuat latihan relaks di rumah

Langkah:

1. Kaunselor memulakan sesi dengan menyemak kerja rumah ahli.
2. Kaunselor meminta ahli membuat latihan relaks dengan menggabungkan dengan aktiviti pendedahan. Ahli diminta memilih situasi yang mendatangkan kebimbangan berdasarkan hierarki kebimbangan yang telah dibina pada sesi sebelumnya (misalnya memberikan pengucapan secara spontan di depan ahli yang lain secara bergilir).
3. Selepas itu ahli diminta membuat penstrukturan semula kognitif dengan mengenal pasti kesilapan pemikiran, mengenal pasti pemikiran automatik dan mempertikaikan pemikiran tersebut dengan membuat respon yang lebih rasional.

4. Sesi ditamatkan dengan ahli kumpulan ditugaskan untuk membuat latihan relaks, latihan pendedahan seperti berucap di depan cermin, dan mempertikaikan kesilapan pemikiran sebagai kerja rumah.

Sesi 8 (penamatan)

- Menyemak kerja rumah daripada sesi lepas
- Menyemak kemajuan
 - Menyemak kemajuan sepanjang proses rawatan
 - Mengenal pasti situasi yang masih menimbulkan masalah dan respons-respons rasional yang mungkin berguna untuk mengatasi situasi begini
 - Menetapkan matlamat untuk perkhidmatan susulan selepas sesi rawatan formal tamat
- Melengkapkan borang penyelidikan
- Majlis perpisahan

Langkah:

1. Kaunselor memulakan sesi dengan menyemak kerja rumah daripada sesi yang lepas
2. Seterusnya kaunselor menyemak kemajuan setiap ahli dalam kumpulan, terutama mengenal pasti situasi yang masih menimbulkan kebimbangan dan mengenal pasti apakah respon-respon rasional yang boleh digunakan pada masa akan datang apabila berdepan dengan situasi tersebut.
3. Kaunselor juga berbincang dengan klien tentang matlamat untuk perkhidmatan susulan selepas sesi rawatan formal tamat.
4. Seterusnya kaunselor meminta ahli kumpulan melengkapkan borang penyelidikan

(SKSR, dan SKK)

5. Sesi diakhiri dengan jamuan ringan bertujuan untuk memberikan peluang kepada ahli mengucapkan dan kaunselor mengucapkan selamat berpisah di samping mengakhiri sesi dengan suasana yang mesra.

LAMPIRAN 1

KEBIMBANGAN SOSIAL, KESAN, DAN RAWATAN

Kebimbangan merupakan emosi yang paling asas yang akan dialami oleh semua orang pada masa tertentu. Namun ada sebilangan daripada kita menjadikan perkara ini sesuatu masalah yang menakutkan. Kebimbangan bermanfaat jika mampu menjaga kita daripada perkara berbahaya. Kita mempunyai sistem saraf yang mampu menggerakkan tindak balas fizikal apabila kita berhadapan dengan sesuatu yang berbahaya dan tindak balas ini dikenali sebagai tindak balas melawan atau melarikan diri. Sebagai contoh, jika anda sedang mengikuti rombongan safari di Afrika dan seekor singa menerkam lalu mengejar anda dari dalam belukar. Anda harus berlari secepat mungkin untuk menyelamatkan diri anda. Jika anda tercegat sahaja di situ anda akan dibaham oleh singa itu. Dalam keadaan sebegini, kebimbangan menyelamatkan diri anda.

Kita belajar untuk takut kepada beberapa perkara semasa kita sedang membesar, seperti takut berjalan seorang diri dalam kegelapan malam atau takut terjatuh dari basikal yang kita tunggangi. Setiap orang mengalami kebimbangan sebagai sebahagian daripada kebiasaan kehidupan. Namun bagi sesetengah orang, kebimbangan telah menjadi sesuatu masalah yang menghantui kehidupan mereka dan bukan lagi sesuatu yang mampu menyelamatkan mereka.

Mungkin suatu ketika pada zaman kanak-kanak dahulu semasa anda bergaul dengan rakan sebaya, anda telah mengalami kebimbangan atau ketakutan. Sebagai contoh, pada hari pertama persekolahan anda apabila anda buat pertama kalinya berhadapan dengan orang ramai, anda mungkin berasa takut atau bimbang. Selain itu, keadaan yang sama mungkin berlaku apabila anda diusik atau menjadi bahan ketawa oleh rakan sebaya yang lain. Perasa risau atau

takut (yang kita kenali sebagai kebimbangan) ialah sesuatu yang biasa dalam keadaan begini. Bagaimanapun, jika anda terlalu kerap mengalami keadaan sebegini berbanding dengan orang lain dan keadaan tersebut berlaku dalam banyak situasi, kemungkinan besar keadaan ini akan menjadi suatu masalah. Masalah kebimbangan apabila berhadapan dengan orang lain akan menjadi fobia sosial jika serius. Oleh itu, sesi kaunseling ini akan membantu anda semua merawat kebimbangan sosial daripada mengalami kebimbangan sosial yang serius.

Banyak kanak-kanak dan orang dewasa yang mengalami kebimbangan sosial. Kebimbangan sosial juga sering dikaitkan dengan rasa malu. Perasaan risau dan bimbang yang melampau jika tidak ditangani akan mengganggu perjalanan kehidupan seharian seseorang seperti dalam urusan kerja sekolah atau hubungan dengan orang lain. Sebagai contoh, seseorang kanak-kanak yang terlalu bimbang sehingga tidak mahu bertanya sebarang soalan kepada gurunya atau memohon bantuan daripadanya walaupun mereka amat memerlukan bantuan tersebut. Sekiranya perkara ini terjadi pencapaian pelajaran mereka akan merosot. Satu contoh lain bagaimana kebimbangan sosial boleh mengganggu kehidupan anda adalah dari segi hubungan anda dengan rakan-rakan anda. Ada kanak-kanak yang mengalami kebimbangan sosial menjadi begitu takut dan bimbang apabila berhadapan dengan orang lain sehingga amat sukar untuk bertegur sapa dan menjalin hubungan persahabatan, amat sukar untuk menyertai mana-mana kumpulan atau pasukan di sekolah, atau amat sukar bercakap dengan rakan-rakan lain melalui telefon dan meminta rakan mereka melakukan sesuatu tugas.

Sering kali orang yang mengalami kebimbangan sosial takut akan tanggapan orang lain tentang diri mereka. Orang dewasa dan kanak-kanak yang mengalami kebimbangan sosial takut akan keadaan seperti mereka mungkin dimalukan atau menjadi bahan ketawa apabila berada dalam kalangan orang lain. Beberapa contoh yang berkaitan dengan keadaan seperti ini

termasuklah, bercakap di hadapan orang ramai, bersua dengan kenalan baharu, menulis di papan tulis, menghadiri pesta dan bercakap dengan orang yang lebih berkuasa. Orang yang mengalami kebimbangan sosial sering berasa amat risau apabila mereka berada dalam situasi sebegini. Mereka akan tersipu-sipu, menggigil, mengalami sakit kepala, berpeluh, jantungnya berdegup kuat, sakit perut atau pening. Pernahkah anda mengalami keadaan sebegini?

Apabila anda berasa bimbang dan risau semasa berhadapan dengan orang lain, hakikatnya anda tidak dalam keadaan berbahaya.....tidak seperti situasi anda dikejar oleh seekor singa tadi. Apa yang menjadi masalah ialah badan anda telah biasa bertindak balas sedemikian seperti mana anda situasi terpaksa berjalan kaki seorang diri balik ke rumah dalam kegelapan malam. Anda akan merasakan jantung yang berdegup kuat, badan yang berpeluh sejuk, sakit perut, dan sebagainya. Namun hakikatnya kebimbangan dan kerisauan berhadapan dengan orang lain boleh diatasi.

Sebenarnya apabila anda berhadapan dengan orang lain, perkara pertama yang anda lakukan adalah untuk memikirkan bagaimana keadaan diri anda. Oleh itu, apabila anda memikirkan diri, anda perasaan bimbang dan risau akan berbaur dan anda akan menjadi bertambah takut atau bimbang. Sebagai contoh, sekiranya anda perlu membentangkan laporan lisan di hadapan kelas, anda akan mula berfikir dalam hati anda, ‘Saya tidak dapat melakukannya’. Bagaimana jika saya membuat kesilapan, dan rakan-rakan lain akan mentertawakan saya’. Saya akan nampak bodoh’. Pada masa ini anda akan mula menyedari bahawa tangan anda berpeluh dan anda mula menggigil. Perkara-perkara ini akan membuat anda bertambah bimbang dan anda mula berfikir “Saya terlalu gemuruh untuk melakukannya, ‘Saya terlalu bodoh’, atau ‘Saya harus beredar dari sini’. Akibat keadaan ini, akhirnya anda akan mula memikirkan cara-cara untuk mengelak daripada membentangkan laporan lisan itu.

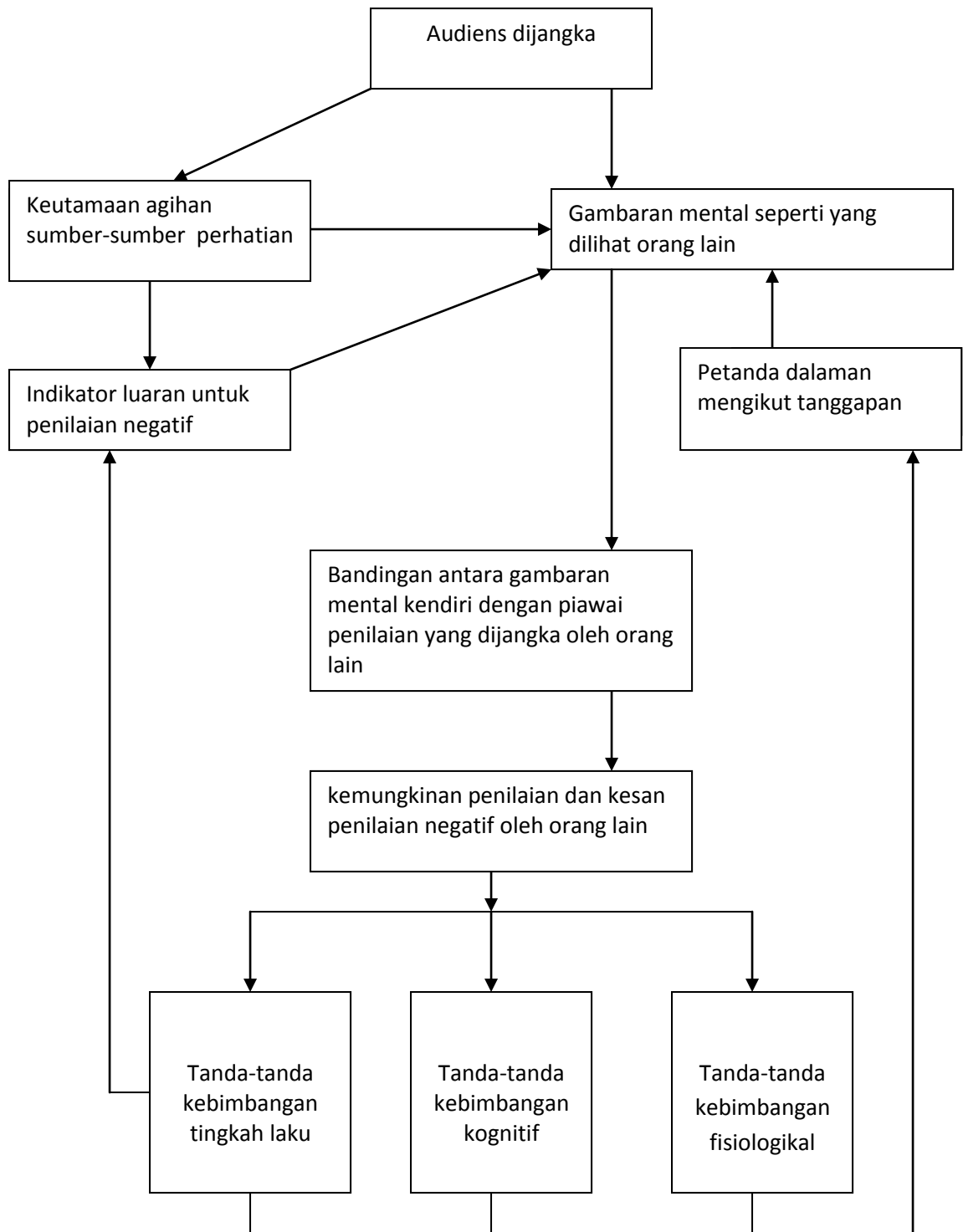
Apabila anda mempunyai kebimbangan sosial dan anda sedang berhadapan dengan orang lain, anda mula menghabiskan banyak daripada masa anda memikirkan tentang diri anda sendiri. Sebagai contohnya, apabila anda hendak berjumpa dengan orang yang baru anda kenali buat pertama kalinya, anda mula bimbang tentang apa perkara yang difikirkannya tentang anda dan bukan apa yang sedang dikatakannya pada anda. Ini menyebabkan anda membuat kesimpulan bahawa keadaan ini mengancam dan menakutkan anda (yakni, orang itu mungkin tidak menyukai anda atau berpendapat bahawa anda pelik). Anda juga mungkin berfikir bahawa anda tidak mampu bertindak dengan baik apabila berada dalam situasi berhadapan dengan orang lain. Contohnya anda berpendapat bahawa percakapan anda bercelaru apabila berhadapan dengan orang lain atau suara anda akan terketar-ketar apabila bercakap di dalam kelas. Seperti yang kita telah bincangkan tadi dalam situasi sebegini anda akan mengalami ketakutan dan kebimbangan yang ketara seperti mengalami degup jantung yang amat pantas, telapak tangan yang berpeluh atau muka menjadi merah padam. Semua kebimbangan dan perasaan kerisauan ini akan membawa kepada usaha mengelak.

Tingkah laku mengelak terjadi, apabila anda keluar daripada situasi yang membuat anda risau atau tidak selesa seperti meninggalkan majlis awal kerana anda tidak selesa atau gelisah dan bimbang akan pandangan orang lain terhadap anda. Fenomena ini juga terjadi apabila anda tidak melakukan sesuatu demi mengelakkan situasi yang mampu membuat anda bimbang atau risau seperti ponteng sekolah kerana mengetahui bahawa anda perlu menyampaikan pengucapan umum di hadapan kelas pada hari itu.

Sifat mengelak penting untuk wujudnya kebimbangan sosial. Apabila anda mengelakkan situasi-situasi yang mampu membuat anda bimbang dan takut, anda akan kerap memikirkan tentang situasi yang melibatkan orang lain yang anda rasakan mengancam anda. Tindak tanduk

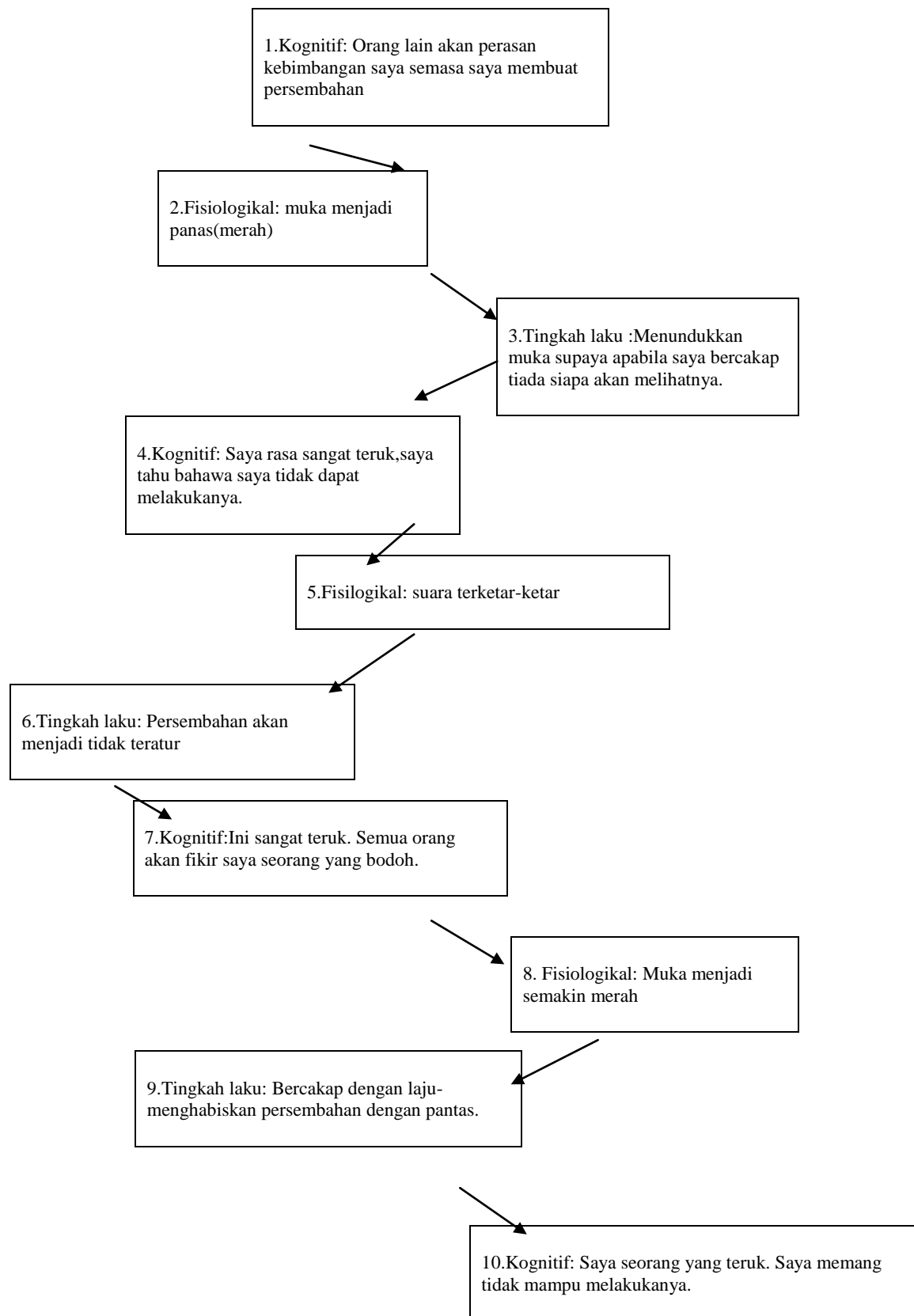
(perlakuan) anda dalam situasi sebegini tidak bersesuaian; kesannya anda sentiasa mengalami masalah ketakutan dan kebimbangan. Apa yang telah berlaku adalah seperti yang berikut: Anda bimbang dan takut untuk melakukan sesuatu atau berkunjung ke sesuatu tempat, jadi anda mengelak berhadapan dengan situasi sebegini. Oleh itu anda tidak pergi ke tempat tersebut. Apabila anda dapat mengelakkan situasi tersebut, kebimbangan anda akan lenyap. Keadaan ini membuat anda berasa lega tetapi sikap mengelak hanya akan menyebabkan kebimbangan itu berterusan. Begitu juga pada masa-masa yang seterusnya apabila. Anda berhadapan dengan situasi yang serupa anda akan cuba untuk mengelaknya dengan seberapa segera demi memperoleh kelegaan yang segera juga. Perkara ini menyebabkan anda semakin takut dan situasi sebegini ini akan sentiasa berulang. Dengan mengelakkan situasi berhadapan dengan orang lain, anda gagal untuk mengawal perasaan anda atau belajar untuk bertenang dalam situasi-situasi sebegini. Oleh itu, apa yang cuba kita lakukan adalah untuk membantu anda mengatasi kebimbangan dan bukan untuk mengelakkannya.

Oleh itu, dalam kumpulan ini kita akan membantu anda berlatih berada dalam situasi yang membuat anda bimbang dan menghadapinya kerana keadaan ini mampu membantu anda untuk mengatasi perasaan bimbang yang akan muncul dalam situasi begini. Kita juga akan membantu anda berhenti berfikir bahawa anda tidak sempurna dalam perlakuan anda apabila melakukan sesuatu atau semasa berhadapan dengan orang lain. Selain itu, kita juga akan membantu anda menyedari bahawa berhadapan dengan orang lain itu tidaklah menakutkan sepertimana yang anda fikirkan. Di samping itu, kita juga akan membantu anda untuk mempraktikkan cara untuk relaks dalam keadaan yang menyebabkan anda bimbang.



Rajah 1 : Model Kognitif-Tingkah laku masalah Kebimbangan Sosial Rapee dan Heimberg (1997)

Sumber : Rapee & Heimberg (1997). Behavior Research Therapy 35(8), 741-759.



Rajah 2: Contoh Lingkaran Kebimbangan

(LAMPIRAN 2)

Senarai Kesilapan Pemikiran

Pemikiran Kosong-atau-Semua (juga dikenali sebagai pemikiran hitam dan putih, berpolar atau berfikir secara dikotomi [pilihan antara dua pilihan sahaja]): Anda melihat sesuatu situasi itu hanya dalam dua kategori sahaja (dua nilai berlawanan yang ekstrem) bukannya mengikut nilai kontinum.

Menjangka Kejadian-kejadian yang Negatif: Anda menjangka sesuatu yang negatif telah berlaku atau bakal berlaku. Terdapat dua jenis kesilapan pemikiran yang terdapat dalam kategori ini:

Membuat Ramalan: Anda meramalkan sesuatu yang buruk bakal berlaku pada masa akan datang, seolah-olah anda sedang menenung bola kristal peramal nasib.

Mengundang malapetaka: Anda memberitahu diri sendiri bahawa perkara yang amat buruk sedang berlaku atau akan berlaku; tanpa mengambil kira kemungkinan-kemungkinan lain yang boleh berlaku/ atau kemungkinan perkara yang kurang buruk pun boleh berlaku.

Menidakkan atau Tidak Melayakkan Perkara yang Positif: Anda telah memberitahu diri anda secara tidak patut bahawa semua pengalaman, tindakan, budi baik, atau peradaban positif tidak membawa apa-apa kesan yang baik.

Rasional Berdasarkan Emosi: Anda berfikir bahawa sesuatu itu betul kerana anda betul-betul “merasakan” (atau percaya) hal tersebut betul, lalu mengabaikan atau menidakkan bukti-bukti yang menyatakan perkara yang sebenarnya.

Melabelkan: Anda telah meletakkan label tetap yang umum ke atas diri anda sendiri atau orang lain tanpa mengira bukti-bukti yang mungkin boleh membawa kepada keputusan yang kurang membinasakan.

Tapisan Minda (juga dikenali sebagai pemilihan selektif): Anda memberikan tumpuan kepada suatu perkara negatif dalam peristiwa itu tanpa cuba untuk melihat peristiwa itu secara keseluruhannya.

Membaca Minda: Anda percaya bahawa anda tahu apa yang sedang difikirkan oleh orang lain, tanpa mengambil kira bahawa kemungkinan lain yang boleh terjadi, dan anda tidak berusaha untuk memeriksa kemungkinan itu.

Rumusan Keterlaluan: Anda membuat tanggapan umum negatif yang keterlaluan yang melebihi keadaan sebenar dan semasa.

Penyataan-penyataan “Harus” dan “Mesti” (juga dikenali sebagai pernyataan arahan): Anda mempunyai pandangan yang tetap bagaimana anda atau orang lain bertindak/ membuat keputusan; dan anda membuat ramalan keterlaluan tentang keburukan sesuatu keadaan sekiranya sesuatu tanggapan itu tidak dipenuhi.

* * *

Pemikiran-pemikiran Salah Penyesuaian: Pemikiran yang bermasalah tidak mengandungi kesilapan pemikiran yang logik. Pemikiran ini berkemungkinan betul. Namun, jika anda sentiasa memikirkan pemikiran-pemikiran ini, anda akan menjadi bertambah bimbang dan perkara ini akan mengganggu prestasi anda.

(LAMPIRAN 3)

Senarai Soalan yang Mempertikaikan

Gunakan soalan-soalan ini untuk mempertikaikan pemikiran automatik anda. Pastikan anda menjawab setiap soalan yang telah anda tanyakan kepada diri anda sendiri. Anda akan mendapati bahawa setiap soalan amat berguna dalam pelbagai pemikiran yang berbeza-beza. Beberapa contoh telah diberikan untuk membantu anda memulakan sesi.

1. Adakah saya pasti bahawa _____?

Contoh: Adakah saya pasti saya tidak ada apa-apa pendapat untuk diucapkan?

2. Adakah saya 100% pasti bahawa _____?

Contoh: Adakah saya pasti bahawa kebimbangan saya jelas ketara?

3. Apakah bukti saya yang _____?

Contoh: Apakah bukti yang menyatakan bahawa mereka TIDAK MEMAHAMI ucapan saya?

Apakah bukti yang menyatakan bahawa mereka MEMAHAMI ucapan saya?

4. Apakah perkara yang paling buruk boleh berlaku? Sangat teruk ke? Bagaimanakah saya boleh menghadapinya?

5. Adakah saya mempunyai sebiji bola kristal untuk membuat ramalan?

6. Adakah terdapat penjelasan lain untuk _____?

Contoh: Adakah terdapat penjelasan lain kenapa dia tidak mahu minum kopi bersama-sama saya?

7. Adakah _____ harus membawa kepada atau sama seperti _____?

Contoh: Adakah “bimbang” itu harus membawa kepada atau sama seperti kelihatan bodoh?

8. Adakah terdapat pandangan lain?

9. Apakah maksud _____? Adakah perkara tersebut benar-benar bermaksud bahawa saya _____?

Contoh: Apakah maksud “seperti seorang yang dungu”? Adakah kerana saya tersasul menyebut beberapa patah perkataan bermaksud bahawa saya benar-benar seorang yang dungu?

10. Apakah memberikan fokus ke atas perkara ini membantu saya?

(Lampiran 4)

Borang Penstrukturan semula Latihan Kognitif

1. Situasi

2. Pemikiran Automatik (ATs)

3. Kesilapan Pemikiran

Kesilapan Pemikiran: Pemikiran Kosong - atau-Semua; rumusan keterlaluan; Tapisan Minda; Menidakkan yang betul; Membaca Minda; Pesimistik; Membuat ramalan; Rasional Berdasarkan Emosi; Penyataan “Harus”; Melabelkan; Pemikiran Salah Penyesuaian.

4. Emosi (Sila tandakan semua perkara yang berkenaan)

<input type="checkbox"/> Risau/ Bimbang	<input type="checkbox"/> Kecewa	<input type="checkbox"/> Jengkel	<input type="checkbox"/> Malu
<input type="checkbox"/> Marah	<input type="checkbox"/> Sedih	<input type="checkbox"/> Segan	<input type="checkbox"/> Benci

Lain-lain: _____

5. Mempertikaikan (Menggunakan soalan-soalan yang mempertikaikan seperti yang tertera di bawah ataupun soalan-soalan lain yang anda pilih. Pertikaikan ATs yang paling penting tercatat di atas. Pastikan menjawab semua soalan yang ditimbulkan oleh Soalan-soalan Mempertikaikan)

SOALAN-SOALAN MEMPERTIKAIKAN: Adakah saya pasti bahawa _____? Adakah saya 100% pasti yang _____? Apakah bukti-bukti yang saya ada yang _____? Apakah perkara yang paling buruk boleh berlaku? Teruk sangat ke? Bolehkah saya meramalkan apa yang bakal berlaku? Adakah terdapat penjelasan lain untuk _____? Adakah hal tersebut bermaksud _____? Adakah perkara tersebut bermaksud bahawa saya adalah _____?

6. Respons Rasional

(LAMPIRAN 5)

Rekod Pemikiran Automatik (AT)

Mengawasi Pemikiran Automatik Anda

Tarikh: _____

Nama : _____

1. Situasi (Terangkan situasi yang menyebabkan kebimbangan secara ringkas).

2. Pemikiran Automatik (Senaraikan pemikiran yang anda fikirkan tentang situasi ini).

3. Emosi anda semasa anda melayan pemikiran ini (Sila tandakan dalam kotak yang berkenaan)

<input type="checkbox"/> Risau/ Bimbang	<input type="checkbox"/> Kecewa	<input type="checkbox"/> Jengkel	<input type="checkbox"/> Malu
<input type="checkbox"/> Marah	<input type="checkbox"/> Sedih	<input type="checkbox"/> Segan	<input type="checkbox"/> Benci

Lain-lain: _____

(LAMPIRAN 6)
LATIHAN RELAKSASI

1. Duduk dengan selesa di atas kerusi
2. Pejamkan mata anda
3. Dengan perlahan tarik nafas dalam-dalam dengan kiraan satu hingga sepuluh. Tahan .
Kemudian perlahan-lahan lepaskan dengan kiraan satu hingga sepuluh. Stiap kali anda menarik nafas rasakan anda sangat relax dan setiap kali anda menghembus nafas bayangkan segala kebimbangan anda lepaskan keluar.
4. Teruskan latihan bernafas secara mendalam dan teratur sehingga anda berasa relax dan tenang.
5. Seterusnya perhatikan ke dalam diri anda di mana letaknya perasaan bimbang tersebut, rasai kehadirannya. Terima perasaan itu seadanya. Kemudian tarik nafas dan hembuskan nafas anda sambil anda lepaskan perasaan bimbang yang membelenggu diri anda. Ulang berkali-kali. Akhir sekali lihatlah ke dalam hati anda di suatu sudut yang paling dalam. Bayangkan anda menjatuhkan diri anda di situ. Berdamailah dengan perasaan anda. Rasailah kedamaian dan ketenangannya.....
6. Kemudian tarik nafas. Nyatakan kesyukuran anda kepada yang Maha Kuasa. Buka mata dan rasakan kelegaan pada diri anda.

Korelasi antara SKSR dan SKK (Ujian pra)

Correlations		SKSR	SKK
SKSR	Pearson Correlation	1	.563**
	Sig. (1-tailed)		.000
	N	72	72
SKK	Pearson Correlation	.563**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	
	N	72	72

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Kebolehpercayaan SKSR

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	274	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	274	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.895	.895	22

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SKSR_1	66.75	183.616	.581	.767	.888
SKSR_2	66.62	183.519	.481	.454	.891
SKSR_3	66.20	192.156	.422	.728	.892
SKSR_4	66.74	183.015	.566	.823	.888
SKSR_5	67.00	183.388	.598	.804	.887
SKSR_6	6.35	193.253	.384	.665	.893
SKSR_7	66.34	203.120	.046	.100	.901
SKSR_8	65.99	187.348	.575	.802	.888
SKSR_9	66.01	188.601	.555	.887	.889
SKSR_10	67.13	181.885	.655	.784	.886
SKSR_11	66.64	188.722	.481	.521	.891
SKSR_12	66.10	192.734	.393	.401	.893
SKSR_13	66.75	184.400	.591	.701	.888
SKSR_14	66.04	190.153	.529	.902	.890
SKSR_15	66.88	186.622	.621	.650	.887
SKSR_16	67.02	187.106	.557	.757	.889
SKSR_17	66.40	195.735	.293	.808	.895
SKSR_18	66.17	191.481	.463	.826	.891
SKSR_19	66.93	185.694	.636	.757	.887
SKSR_20	66.65	185.502	.550	.652	.889
SKSR_21	67.22	190.282	.448	.810	.891
SKSR_22	66.95	187.825	.558	.752	.889

Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.828
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4.351E3
	df	153
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
SKSR_1	1.000	.783
SKSR_3	1.000	.665
SKSR_4	1.000	.818
SKSR_5	1.000	.774
SKSR_6	1.000	.591
SKSR_8	1.000	.719
SKSR_9	1.000	.785
SKSR_10	1.000	.766
SKSR_12	1.000	.425
SKSR_13	1.000	.746
SKSR_14	1.000	.820
SKSR_15	1.000	.654
SKSR_17	1.000	.607
SKSR_18	1.000	.678
SKSR_19	1.000	.809
SKSR_20	1.000	.691
SKSR_21	1.000	.805
SKSR_22	1.000	.830

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
SKSR_14	.895	.138	
SKSR_9	.867	.179	
SKSR_8	.826	.183	
SKSR_18	.814		.124
SKSR_3	.813		
SKSR_6	.749		.157
SKSR_17	.718	-.210	.217
SKSR_12	.604	.233	
SKSR_4		.900	
SKSR_1		.874	.110
SKSR_5		.855	.205
SKSR_13	.117	.849	.111
SKSR_20	.101	.822	
SKSR_10		.817	.309
SKSR_21			.896
SKSR_22		.159	.893
SKSR_19	.150	.229	.856
SKSR_15	.104	.342	.725

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.